

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 12 лет пришёл с матерью на приём к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приёма пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мать: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы (отрыжка воздухом или кислым, изжога) появились 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируются. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
5. Составьте план лечения больного.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому.

У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна.

Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

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: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
5. Подберите необходимую диету для больного.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 8 лет (рост – 130 см, вес – 28 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на отёчность лица, голеней, появление мочи тёмного красно-коричневого цвета у ребёнка. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отёчность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В лёгких 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 рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4-5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

При обследовании по cito:

общий анализ крови: 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;

общий анализ мочи: 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 – изменённые, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3- в поле зрения.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Курс: 6

Форма обучения: очная

Кафедра педиатрии

Мать с мальчиком 5 лет (рост – 100 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5°C, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 105/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободное. Стул оформленный, регулярный (1 раз в день).

При обследовании:

общий анализ крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час;

биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/дл; суточная протеинурия – 2,4 грамма/м2/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.
4. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе у ребёнка.

При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребёнка отмечались подъёмы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. 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°C, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускание – 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободное, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня). Результаты амбулаторного обследования: общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час; общий анализ мочи: 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: выявлено уплотнение стенок ЧЛС, пиелоектазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
4. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
5. Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Курс: 6
Форма обучения: очная
Кафедра педиатрии

Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка 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 жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой 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: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области у ребёнка.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпеченных изделий.

Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении – 4200 г, длина – 52 см.

Осмотр: рост – 142 см, масса тела – 92 кг, ИМТ – 46 кг/м², объём талии – 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 ударов в минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа – 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
4. Что включает современное комплексное лечение больного?
5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови – 12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

ТТГ в сыворотке крови – 42 мкЕд/мл, Т4 свободный – 3,1 мкЕд/мл.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Курс: 6
Форма обучения: очная
Кафедра педиатрии

У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала.

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

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

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /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 данной больной.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На дому врачом-педиатром участковым осмотрен мальчик 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенёс лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м Пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мать давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Отец ребёнка страдает бронхиальной астмой.

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. – 0,98, тромбоциты – 495×10^9 /л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 62%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины – 3,8 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ – 29 Ед/л, АлТ – 32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-1 в п/з, эритроциты – 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл, эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении – 3200 г, рост – 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. 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. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. 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 налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край закруглён. Симптомы холелатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,61 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, гематокрит – 37,6, лейкоциты – $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 40%, моноциты – 7%, СОЭ – 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: АлТ – 19 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, об. белок – 70 г/л, α -амилаза – 29 е/л, об. билирубин – 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин – 1,4 мкмоль/л, ЩФ – 460 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, цвет – св. жёлтый, прозрачность полная, уд. вес – 1007, белок – нет, эп. клетки – 1-0-1 в п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты – 0, соли – оксалаты, слизь – отр., бактерии – отр. ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. 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 $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ. Печень: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь: 60×20 мм (норма – 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа: контур ровный, чёткий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело – 15 мм (норма), хвост – 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза. Ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении – 3200 г, рост – 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен третий день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно – жаропонижающие препараты, без эффекта.

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 38,4°C. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) – 0,7 см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налётом белого цвета. Над лёгкими перкуторно ясный лёгочный звук. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранён, на верхушке – короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС – 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет. Общий анализ крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 137 г/л, цв. пок. – 0,87, лейкоциты – $15,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 13%, сегментоядерные – 66%, моноциты – 6%, лимфоциты – 15%, СОЭ – 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: об. белок – 80 г/л, билирубин общий – 18,5 мкмоль/л, прямой – 2,7 мкмоль/л, АлТ – 22 Ед/л, АсТ – 29 Ед/л, щелочная фосфатаза – 150 ед/л. Общий анализ мочи: кол-во – 80,0 мл, цвет – жёлтый, уд. вес. – 1,028, белок – 0,09 г/л, сахар – отр., лейкоциты – сплошь в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр., соли мочевой кислоты – ед., бактерии – большое количество, слизь ++. УЗИ внутренних органов. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, эхоструктура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранён. Желчный пузырь – 72×14 мм (норма – 52×13 мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа: размеры – головка 10 мм×10 мм×13 мм (норма), контур ровный, чёткий, эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: без видимой патологии. Почки: расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, чёткие, левая – 125×50 мм (норма – 95×37 мм) паренхима не истончена – 20 мм, правая – 98×36 мм (норма – 94×38 мм), паренхима не истончена – 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь: симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какое лечение необходимо назначить больному?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с девочкой 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, которые купируются самостоятельно или после приёма Корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснилось наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли беспокоят редко, преимущественно к вечеру, купируются после приёма анальгетиков (Нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

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

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

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

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, появились боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

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

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча жёлтая, мутная.

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

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты небольшое количество, бактерии – много.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

К врачу-педиатру участковому обратилась девочка 5 лет. Со слов матери заболевание началось 3 дня назад. Появилось повышение температуры тела до 38,5°C, сниженный аппетит, вялость. Вызвали скорую помощь, введена литическая смесь, рекомендовано лечение по поводу ОРВИ. Получала Анаферон, тёплое питьё. В течение последующих 2 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось изменение мочи (мутная). В связи с чем обратились к врачу-педиатру участковому. После осмотра девочка направлена в детский стационар второго уровня. По данным выписки из истории болезни известно:

анамнез: ребёнок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38 неделе. Масса при рождении - 3500 г, длина - 52 см. Период новорождённости протекал без особенностей. Перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ – часто. Аллергологический анамнез не отягощён. С 3-летнего возраста отмечаются эпизоды (3-4 раза в год) немотивированного подъёма температуры тела до 38-39°C при отсутствии катарального синдрома.

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

Результаты обследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция – 6,0, белок – 0,09%, лейкоциты – сплошь все поля зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – большое количество. Биохимический анализ крови: общий белок – 72,0 г/л, СРБ – 52 ед., ДФА – 0,27 ед., мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин - 0,057 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – $107 \times 42 \times 13$ мм, правая – $84 \times 37 \times 13$ мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменён с обеих сторон, больше справа, расширен. Признаки врождённого гидронефроза II степени. Посев мочи: высеяна Клебсиелла в количестве 100 000 микробных тел/мл, чувствительная к Амикацину, Клафорану, Фурамагу, Амоксицилину, Ципрофлоксацину. Цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
5. Определите тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых мероприятий после выписки из стационара при данном заболевании.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом у ребёнка.

Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние среднетяжёлое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положительный, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: RBC – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hgb – 128 г/л, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 г/л, WBC – $6,9 \times 10^9/л$, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3%, PLT – $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 5 мм/ч.

В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 в п/зр, ацетон (–), слизь ед.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на H. pylori отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима однородная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Жёлчный пузырь грушевидной формы 65×38 мм (норма – 50×30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза.
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Каковы принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы.

Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз «обструктивный бронхит». В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объём форсированной ЖЕЛ за 1 секунду – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку? Назовите способ доставки препаратов.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота, боли в животе, которые купируются при отхождении стула, у ребёнка. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень – у края рёберной дуги.

Обследование.

Общий анализ крови и общий анализ мочи – патологии не обнаружено.

Копрограмма: нейтральный жир (+), клетчатка – внеклеточно.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, жёлчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 2,5 лет. Мать предъявляет жалобы на быструю утомляемость сына, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца.

Мальчик от третьей беременности, протекавшей с обострением хронического пиелонефрита в 4–6 недель. Роды в 38 недель, кесарево сечение. Масса тела 3100 г, длина 50 см.

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

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

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

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

Вес – 12,5 кг, рост – 102 см. Кожные покровы бледно-синушные. Подкожно-жировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стёкла». ЧСС – 102 удара в минуту. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При 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 лёгких звук с коробочным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отёков нет.

В общем анализе крови: эритроциты – $5,7 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 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 наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца.
5. Определите тактику врача-педиатра участкового при купировании одышечно-цианотического приступа. Назовите препараты, введение которых противопоказано.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц.

Ребёнок перенес бронхит в 2 месяца.

Общее состояние тяжёлое. Ребёнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» нёбо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4–5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лёгочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отёчность голеней, лодыжек. Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке – 150/80 мм рт.ст., на левой ноге – 50/30 мм рт.ст.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения.

При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания – 48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье. Аускультативно: ЧСС – 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В общем анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; 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 наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания.
5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребёнка со стороны сердечно-сосудистой системы.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

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

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. После перенесённой вирусной инфекции, протекавшей в лёгкой форме, у ребёнка появилась желтушность кожи, снизился аппетит.

Мать ребёнка страдает гемолитической анемией.

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Старший брат здоров.

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

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

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Ребёнок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3250 г, длина – 50 см. Период новорождённости протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма. С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3-летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3-4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки.

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

В общем анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, усиление бронхо-лёгочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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. Со слов матери, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребёнка не увеличился.

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

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налёт 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 лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезёнка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул, со слов мальчика, бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребёнка.
4. Сформулируйте план лечения ребёнка.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев.

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

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

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

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

Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отёчна и гиперемирована.

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение у ребёнка. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2 лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менсис нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела – 33 кг. Формула полового развития $Ma3P2Ax2Me3$, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II-III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН – слабо кислая, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 5%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 59%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме – 24-33 пг).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

На профилактическом приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком четырех месяцев. Жалобы матери на снижение аппетита у ребёнка последние 10 дней.

Анамнез: матери 38 лет, образование средне-специальное. Вредных привычек не имеет. Отцу 53 года, брак не зарегистрирован, с семьей не живёт. Проживает в общежитии, комната 14 м², психологический климат в семье неустойчивый. Из биологического анамнеза: от 3 беременностей (2 предыдущие – медицинский аборт), протекавшей на фоне токсикоза, анемии, ОРВИ в сроке 22 недели, острый пиелонефрит в 30 недель. Роды в 35 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. 1 период - 8 часов, 2 период - 15 минут. Закричал сразу, по Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении – 2340, рост – 43 см, окружность груди – 32, окружность головы – 33 см. В роддоме получил вакцинацию против гепатита и туберкулеза. Исключительно на грудном вскармливании, витамин Д в профилактической дозе. Не болел. Профилактические прививки по возрасту.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела – 6100 г, длина – 63 см, окружность головы – 41, окружность грудной клетки – 41 см, большой родничок – 2,5×3,0 см, НПП: узнает мать, следит за игрушкой, хватает висящую игрушку, гулит, смеется. В положении на животе хорошо и долго удерживает головку вертикально. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно жировой слой развит удовлетворительно. Тургор тканей не снижен, гипотония мышц живота. Края большого родничка податливые. Очаговый краниотабес в области затылочной кости. Дыхание пуэрильное ЧДД – 42 в минуту, тоны ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 2 см по средне-ключичной линии. Стул 3 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочится до 12 раз в сутки.

В анализах: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, МСН < 24 pg, лейкоциты – $6,9 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ч. Анализ мочи без патологии. УЗИ скрининг в 2 месяца – патологии не выявлено.

Осмотрен врачом-хирургом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, врачом-ортопедом, врачом-кардиологом: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Дайте комплексную оценку состояния здоровья.
4. Назначьте медикаментозную терапию согласно выставленному диагнозу.
5. Дайте рекомендации по питанию ребёнка.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе. Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт.ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт.ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней.

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

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

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

При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Рост – 178 см, масса тела – 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений – 150/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной нормы. ЭхоКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 31

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Объективно: состояние тяжёлое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования надо провести для верификации (уточнения) диагноза? Обоснуйте.
4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

При осмотре: состояние тяжёлое, самочувствие страдает: снижен аппетит, беспокойный сон. Обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, плотные, безболезненные при пальпации, без признаков воспаления. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 495×10^9 /л, лейкоциты – $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 72%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 20%, моноциты – 3%, СОЭ – 37 мм/час. Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга. Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счёт увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. УЗИ органов брюшной полости: печень, селезёнка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено. Миелограмма: костный мозг – клеточный, бласты – 0,2%, нейтральный росток – 65%, эритроидный росток – 21%, лимфоциты – 8%, эозинофилы – 6%, мегакариоциты – 1 на 200 миелокариоцитов.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 34

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должноствующих цифр.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 35

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 1 года 2 месяцев поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребёнка, вялость, извращение вкуса (лизает стены, ест мел). Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении – 3150 г, длина – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью «Малютка-1», с 5 месяцев введён прикорм – манная каша, творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу-педиатру участкового, было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребёнок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под рёберного края на 2,5 см. Селезёнка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,71, ретикулоциты – 1,9%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 20%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 64%, моноциты – 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, железо сыворотки – 7,3 мкмоль/л (норма – 10,6–33,6), общая железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 40,6–62,5), сывороточный ферритин – 7,3 мкг/л (норма – более 12), насыщение трансферрина железом – 15% (норма – более 17), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет).

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое лечение необходимо назначить ребёнку?
4. Препаратам какой группы железосодержащих лекарственных средств в настоящее время отдаётся предпочтение? Какой препарат и в какой фармакологической форме Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор и рассчитайте дозу препарата.
5. Через 4 месяца терапии состояние ребёнка удовлетворительное. Все показатели клинического анализа крови и показатели биохимического анализа крови, характеризующие насыщение организма железом, пришли в норму. Назначьте план диспансерного наблюдения за данным ребёнком. Дайте рекомендации по дальнейшей вакцинопрофилактике данному ребёнку.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час.

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Девочка 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путём кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учёте по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила приём препарата около 3 месяцев назад. В период приёма ингаляционных кортикостероидов отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции Сальбутамола (со слов матери). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приёма базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла Дитек, Сальбутамол, Эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: общее состояние ребёнка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД – 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в лёгких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС – более 120 в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Представьте тактику неотложной терапии.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания у детей?
4. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?
5. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 38

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела – 36,6°C. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации? Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.
5. Через неделю ребёнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 39

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затруднённое дыхание, кашель.

При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом «бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжёлое персистирующее течение, контролируемая». Получает базисную терапию – Серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение Сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребёнка были проявления атопического дерматита, у матери ребёнка - рецидивирующая крапивница.

Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела - 36°C. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезёнка не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации?
4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Через неделю симптомы обострения астмы были полностью купированы. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 4 лет. Мать предъявляет жалобы на запоры у ребёнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднён, ребёнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мать делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приёмом пищи, аппетит избирательный, снижен.

Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учёте у врача-невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 102 см, масса - 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налётом. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Общий анализ крови: WBC – $7,5,0 \times 10^9$ /л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.

В копрограмме: неперевариваемая клетчатка +++ , крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь.

УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте индивидуальный план лечения пациента.
4. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.
5. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 41

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллёз, сальмонеллёз, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отёчна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребёнок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 42
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

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

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

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

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.
4. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении данного пациента?
5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 43
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

На приёме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 1 года с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении - 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями. Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост – 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок – 1,0×1,5 см, не напряжён. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

Общий анализ крови: WBC – 5,6×10⁹/л, RBC – 3,2×10¹²/л, HGB – 82 г/л, HCT – 32%, MCV – 69,0 мкм³, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW – 18,6%, PLT – 340,0×10⁹/л, NEU - 30%, LYM - 60%, MONO - 8%, EOS - 2%, СОЭ – 2 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий плоский - 0-1-3 в поле зрения. Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации?
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 44

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме повторно мать с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.

Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении - 3100 г, длина - 52 см, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 3500 г, длина - 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок - 1,0×1,0 см, не напряжён. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранён. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 45

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 года 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на появление отёков у ребёнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания.

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

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

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

Общий анализ крови: лейкоциты – $18,6 \times 10^9$ /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.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Укажите необходимость госпитализации в данной ситуации.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёвшего данное заболевание?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 46

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребёнок 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. Перенёс 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°C. 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. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча жёлтая, не пенится.

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.

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 наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите необходимость госпитализации. Какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке после выписки из стационара?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 47

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 7 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на кашель, затруднённое дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребёнка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котёнком, которого взяли в дом две недели назад. Мать самостоятельно давала ребёнку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затруднённое дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приёмном отделении: состояние тяжёлое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5°C. Ребёнок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO₂ - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межрёберных промежутков, над- и подключичных впадин. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации лёгких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии лёгких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 132 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: лейкоциты - $8,1 \times 10^9$ /л, эозинофилия - 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
5. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 48

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 10 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи у ребёнка. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным 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 перенёс ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39°C, 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 лёгких 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 рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3%, тромбоциты – $530,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают 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 наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объём жидкости?
5. Назовите показания для госпитализации.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 49

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии.
5. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 50

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°C в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж у ребёнка. Анамнез: девочка больна в течение последних трёх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела – 37,7°C. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС – 84 удара в минуту. АД – 100/60 мм.рт.ст. Печень на 1 см выступает из-под рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

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

Общий анализ крови: эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$ (палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, моноциты - 10%, лимфоциты - 14%), тромбоциты - $210 \times 10^9/л$, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар – отрицательные, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены. Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс - 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины α_1 - 8%, α_2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевины - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150). Высев из зева β -гемолитического стрептококка группы А >103 КОЭ/мл. Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация +; лёгочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие: не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардиального выпота: нет.

4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.
5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики данного заболевания у пациента после выписки из стационара.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 51

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме мать с девочкой 13 лет с жалобами на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет, высыпания на лице и нижних конечностях, носовое кровотечение, отёчность коленных и голеностопных суставов, головные боли, головокружение у ребёнка. Из анамнеза заболевания известно, что около 2 месяцев назад (после перенесённого тяжёлого гриппа) появилась и стала нарастать слабость, недомогание и повышенная утомляемость, затем присоединился субфебрилитет, который длится уже месяц. При обследовании: антинуклеарный фактор – положительный, ревматоидный фактор – положительный. Неделю назад появилась отёчность и боль при движениях в коленных и голеностопных суставах. Три дня назад присоединились геморрагические высыпания на нижних конечностях и на лице; вчера - обильное длительное кровотечение из обеих половинок носа, которое рецидивировало в течение суток.

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

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

Общий анализ мочи: реакция - кислая, цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1004, сахар - отрицательный, белок - 0,645 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 30-40 в поле зрения.

Клинический анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 84 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты - $48,5 \times 10^9/л$, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 52

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 месяца назад. После приёма пищи боли стихают. Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку. По данным выписки из стационара:

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

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

Внутрижелудочная рН-метрия: базальная гиперацидность.

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

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

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 53

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Из анамнеза известно, что девочка от третьей беременности. Две предыдущие беременности закончились выкидышами на ранних сроках. Данная беременность протекала на фоне гестоза, угрозы прерывания в первом триместре беременности. Матери 29 лет, работает лаборантом в баклаборатории, страдает хроническим пиелонефритом, отец – здоров, оба родителя курят. Бабушка по линии матери оперирована по поводу нефроптоза. Девочка в возрасте 1 года 2 месяцев перенесла кишечную инфекцию (получала Амоксициллин), после чего склонна к запорам.

Анамнез заболевания: при профилактическом обследовании в возрасте 1 года по данным УЗИ отмечалось расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек. В последующем по этому поводу не обследовалась. В течение последнего года отмечались эпизоды субфебрилитета без катаральных явлений. После охлаждения в течение 5 дней держится температура 38,5°C-39°C, боли в животе, недомогание, снижение аппетита.

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

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

Общий анализ мочи: цвет – жёлтая, прозрачность – мутная, pH – 6,0, удельный вес – 1010, белок – 0,33 г/л, лейкоциты – большое количество, эритроциты неизмененные – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Оцените анамнестические данные, выделите факторы риска и обоснуйте их.
2. Предположите наиболее вероятный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Какой антибиотик Вы рекомендовали бы пациенту в качестве стартовой эмпирической терапии? Обоснуйте свой выбор. Какой результат ожидаете получить при эффективности выбранной Вами антибактериальной терапии?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 54
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 5 лет обратились с жалобами на уменьшение диуреза и отёки. Из анамнеза известно, что патологии почек в семье нет, родители молодые, у матери атопическая бронхиальная астма. Ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела – 3200 г, длиной – 52 см, оценка по Апгар – 8/9 баллов. Вскармливание грудное до 1 года, ОРВИ болел редко. Наблюдается аллергологом по поводу поллиноза (конъюнктивит, ринит).

Через 2 недели после профилактической прививки противогриппозной вакциной появились отёки, которые в динамике стали нарастать.

Объективно: физическое развитие среднее, гармоничное, отёк лица, конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит, отёк мошонки, гидроторакс. АД - 108/67 мм рт.ст. Дизурических расстройств нет, суточный диурез – 250 мл.

Общий анализ мочи: COLOR – светло-жёлтый, CLA – слабо мутная, pH – 6,5, PRO – 6,6 г/л, BNL – NEG, YRO – NORM, GLU – NEG, WBC – единиц в поле зрения, RBC – 0-1 в поле зрения, ЕС – единиц в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые и зернистые – 2-3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Показана ли иммуносупрессивная терапия в данном случае?
4. Назовите наиболее вероятные осложнения от иммуносупрессивной терапии.
5. Назовите показания и цели к проведению пункционной биопсии почек у данного ребёнка.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 55

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

Общий анализ крови: HGB – 111 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /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, EC – единицы в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в поле зрения.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 56

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на припухлость и резкую болезненность при движении в области правого коленного сустава в течение 2 дней.

Ребёнок второй в семье, старшая дочь – здорова. Дядя по линии матери страдает повышенной кровоточивостью (межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран). Мальчик 2 дня назад упал, после чего появились припухлость и резкая болезненность при движении в области правого коленного сустава.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания 1 половины, вторых родов. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении - 3250 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родовом зале, сосал активно, не срыгивал. Выписан из роддома на 5 сутки с чистой кожей, из пупочной ранки незначительное кровянистое отделяемое в течение 2 недель. На грудном вскармливании до года. Прикормы введены в срок. Привит по возрасту, в местах внутримышечного введения вакцин отмечались небольшие гематомы. В 11 месяцев сел на игрушку, после чего в области ягодицы появилась обширная гематома, которую по рекомендации врача-педиатра участкового смазывали гепариновой мазью.

Объективно: мальчик возбуждён, негативен при осмотре, занимает вынужденное положение. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост - 79 см, вес - 11 кг. Кожа бледная, на нижних конечностях различной степени давности гематомы до 3 см в диаметре. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Правый коленный сустав увеличен в объёме, кожа над ним блестящая, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца внешне не изменена. АД - 80/50 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги, край гладкий, эластичный. Селезёнка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурических расстройств нет. Моча – жёлтая.

Общий анализ крови: RBC - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 111 г/л, Ret - 8%, PLT - $300 \times 10^9/л$, WBC – $6,3 \times 10^9/л$, NEUT - 30%, EO - 1%, LYM - 63%, MON - 7%, СОЭ - 8 мм/час.

Длительность кровотечения – 4 минуты.

Время свертывания: начало – 7 минут, конец – 13 минут.

Коагулограмма: АЧТВ - 63 секунды, фибриноген – 2,4 г/л, ПТИ - 92%, протромбиновое время - 12 секунд, фактор Виллебранда - 90%, VIII фактор - 3%, IX фактор - 73%.

Вопросы:

1. Определите тип кровоточивости у больного. Что характерно для данного типа кровоточивости.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Показано ли данному пациенту профилактическое лечение? Обоснуйте свой ответ.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 57
ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ
Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический
Кафедра педиатрии
Курс: 6
Форма обучения: очная

На приёме мать с ребёнком 8 месяцев.

Ребёнок от шестой беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала Фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении - 3100 г, длина тела – 50 см. Ребёнок с 3 месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает.

Объективно: масса тела - 9 кг 300 г, рост - 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аускультации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС - 130 в минуту. Печень + 2 см, селезёнка - у края рёберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча жёлтая.

Анализ периферической крови: RBC - $3,1 \times 10^{12}/л$, Hb - 75 г/л, MCH - 21 пг, MCHC – 310 г/л, MCV - 76 фл, RDW - 23%, Ret -10%, PLT - $210 \times 10^9/л$, СОЭ - 13 мм/ч, WBC - $7,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 31%, лимфоциты - 55%, моноциты - 8%.

Вопросы:

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).
2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 58

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Осмотр: рост - 155 см, масса - 38 кг. Температура тела - 37,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта. Слизистые бледные, чистые. ЧСС – 100 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в точке Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги, плотновата. Положительные симптомы Герца, Образцова, «воздушного столба». Стул: диарея до 6–8 раз в сутки, тенезмы, позывы к дефекации в ночное время, в кале примесь крови и слизи.

Общий анализ крови: RBC – 3,7×10¹²/л, Hb – 96 г/л, RET – 18%, PLT – 330×10⁹/л, WBC – 15,0×10⁹/л, EО – 5%, NEUT – 50%, LYM – 36%, MON – 9%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 25,3%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 13%, γ – 14%, АлАТ – 28 Ед/л, АсАТ – 36 Ед/л, ЩФ – 122 Ед/л, амилаза – 45 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед, общий билирубин – 13 мкмоль/л, из них связанный – 0 мкмоль/л, железо – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л, СРБ (++).

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отёчна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, множественные кровоизлияния, выражена контактная кровоточивость, на десятом сантиметре прямая кишка сужена на протяжении 1–1,5 см. Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 59

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

Общий анализ крови: 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. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачный; pH – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1–2–3 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л, амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 4 ед, билирубин – 15 мкмоль/л, из них связанный билирубин – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект $0,8 \times 0,6$ см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++) . УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа обычных размеров и эхогенности. Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 60

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

История заболевания: больна около 1 года, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. В течение 2 последних месяцев появились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура. Из анамнеза жизни. Ранний анамнез без особенностей. Редко болела. В 4 года перенесла лямблиоз, с 13 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического гастродуоденита. Наследственный анамнез: мать здорова, отец с семьёй не живёт (сведений о заболеваниях нет), бабушка (по линии матери) – сахарный диабет 2 типа. Аллергологический анамнез: аллергический ринит (на цветение берёзы).

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

Обследование: общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 94 г/л; лейкоциты – $16 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; Нt – 31%; СОЭ – 22 мм/час; тромбоциты – $300 \times 10^9/л$; общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, альбумины – 45%; общий билирубин – 20 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л; ЩФ – 136 Ед/л; СРБ – 34 мг/мл.

Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции, УПФ – отрицательный.

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

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 61

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой. 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на эпизодические боли в правом подреберье ноющего характера у ребёнка. Эпизодически болевые ощущения в этой зоне длительностью 20-30 минут, возникающие после еды, физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно, регистрируются на протяжении 7 месяцев. Кроме того, мать девочки жалуется на отрыжку воздухом, ощущение тяжести в правом подреберье, сниженный аппетит, склонность к запорам у ребёнка

Наследственность: у матери девочки (35 лет) – хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) – желчнокаменная болезнь.

Ранний анамнез без особенностей. Грудное вскармливание до 4 месяцев. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Язык обложен белым налётом, миндалины II степени, разрыхлены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Пузырные симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене – положительные. Стул оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачная; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; лейкоциты - 1-2- в поле зрения.

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Сформулируйте рекомендации по профилактике обострений заболевания.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 62

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переизбытка, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.
4. Перечислите осложнения данной патологии у детей.
5. Перечислите принципы лечения данного ребёнка.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 63

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Жалобы отмечаются в течение 1 года. Полгода назад семья переехала жить в частный дом, имеются домашние животные (кошки, собака). Родители ребёнка не обследовали, не лечили. Наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта отягощена: мать (32 года) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет). Аллергологический анамнез не отягощён.

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачный; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - 1-2 в поле зрения; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: холестерин - 4,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма - до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма - до 40 ед). Копрограмма: мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , обнаружены цисты лямблий. Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 64

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с девочкой 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул у ребёнка. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы.

Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 65

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

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

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

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

НbA1c – 9,3%.

С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450).

Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 66

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Девочка 10 лет с матерью на приёме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащённое мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Получала Парацетамол.

Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отёков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении – 3250 г, длина – 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесённые заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.

При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабоположительный с обеих сторон. Отёков нет. Вес 29 кг, рост 138 см.

Полный анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час.

Полный анализ мочи: светло-жёлтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – в большом количестве, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+).

Общий белок – 78 г/л, белковые фракции: альбумины – 54%, глобулины α_1 – 4%, α_2 – 14%, β – 10,5%, γ – 17,5%.

Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, КЭЖ – 110 мл/мин/1,73 м².

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

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 67

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 13 лет обратилась 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, у ребёнка.

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

Наследственный анамнез: у отца 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-жёлтым налётом. Живот болезненный в собственной эпигастральной области и пилородуоденальной зоне.

Лабораторные и инструментальные данные: фиброгастроскопия (ФГС) (луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5×2,5 см, из-за деформации луковица полностью не просматривается, найти выходное отверстие и провести через него аппарат не удаётся), обследование на НР-инфекцию: а/т к НР +.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 68

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, ребёнок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастральной 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 жёлто-зелёным налётом у корня. Перкуторный звук лёгочный, 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 эпигастральной области, симптом Менделя (+). Печень по краю рёберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезёнка 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 клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 69

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

В стационар на обследование поступил ребёнок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребёнка, 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 ребёнка. Верхушечный толчок смещён 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 лёгочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края рёберной дуги), пальпируется край селезёнки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести?
5. Какая группа препаратов используется для лечения данной стадии недостаточности кровообращения путем снижения объёма циркулирующей крови и уменьшения нагрузки на сердце, какой из препаратов этой группы чаще всего используется для неотложной терапии?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 70

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребёнок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырёх дней. Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением.

Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощён. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост – 130 см, вес – 21 кг. При ходьбе хромота. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа гиперемирована, суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности. Отмечается деформация правого коленного и левого голеностопного суставов. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В лёгких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на лёгочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Отёков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл. По ЭхоКГ отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретённого порока сердца не выявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменён. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 71

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Девочка 16 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу. Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжелой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1 году жизни находилась под наблюдением у врача-невролога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза». Боли в животе беспокоят в течение 3 лет. Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала. В течение последнего года у девочки появились 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. Положение активное. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок. Питание удовлетворительное. Тонус и сила мышц не нарушены. Скелет развит пропорционально, без деформации. Над лёгкими перкуторно – ясный лёгочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. Пульс – 78 в 1 минуту. Язык обложен у корня неплотным налётом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 124 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 57%; лимфоциты – 31%; моноциты – 8%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, удельный вес – 1019, прозрачность полная, сахар – нет, белок – нет, лейкоциты – 1-2-0-1 в поле зрения; эпителиальные клетки – единичные в поле зрения.

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

ФЭГДС: отмечается отёк, сливные эрозии слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отёчна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована. HELPiL-тест – резко положительный.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 72

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 9 лет. Со слов матери, в течение 1,5 лет у ребёнка 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.

Ребёнок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощён. Прививки по возрасту. 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 рёберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные.

Общий анализ крови: Нb – 124 г/л; цветовой показатель – 0,88; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,6 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, 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.

Ретроградная холепанкреатография: внепечёночные и внутripечёночные протоки не расширены. Пузырный проток – длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилатирован, расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 73

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Вызов к девочке М. 3,5 лет с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, тёмную окраску мочи.

Анамнез жизни без особенностей.

Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок болен около 2 недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура 38,5°C. Получала Анальгин, Бисептол. 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребёнок стал сонлив, появилась тёмная моча. Врачом-педиатром участковым заподозрен инфекционный гепатит. Была госпитализирована, но от дальнейшего пребывания в стационаре отказались. По данным выписки из стационара:

Общий анализ крови: гемоглобин - 55 г/л, эритроциты - $2,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,98, ретикулоциты - 11%, тромбоциты - 230×10^9 /л, лейкоциты - $12,3 \times 10^9$ /л, миелоциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 55%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%, СОЭ - 45 мм/час, выраженный анизоцитоз, в некоторых полях зрения встречаются микроциты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 60 ммоль/л, билирубин: прямой - 7 мкмоль/л, непрямой - 67,2 мкмоль/л, свободный гемоглобин - 0,1 мкмоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, АСТ - 28 Ед, АЛТ - 30 Ед.

Общий анализ мочи: уробилин положительный, свободный гемоглобин отсутствует, белок - 0,33%, лейкоциты - 1-2 в поле зрения

Проба Кумбса с эритроцитами положительная.

При осмотре состояние очень тяжёлое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, иктеричность склер. Со стороны сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4 см, селезёнка - на 3 см, пальпация их слегка болезненна. Мочится хорошо, моча цвета «тёмного пива». Стул был вчера, окрашенный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените общий анализ крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какая терапия должна быть назначена?
5. Какой вид гемолиза при данном заболевании?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 74

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мать с мальчиком 5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому в связи с травмой коленного сустава у ребёнка. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

У младшего брата 6 месяцев также отмечаются длительные носовые кровотечения.

При осмотре состояние ребёнка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объёме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объёма как следствие травмы, перенесённой в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 22%, моноциты - 9%, СОЭ - 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 2 минуты 30 секунд. Время свёртывания крови по Ли-Уайту более 15 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какая терапия должна быть назначена?
5. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 75

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, билирубин: непрямой - 30 мкмоль/л, прямой - 15 мкмоль/л, мочевины - 56 ммоль/л, креатинин - 526 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин - 0,3 ммоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ - 35 Ед.

Общий анализ мочи: цвет - розоватый, удельный вес - мало мочи, белок - 1,165%, глюкоза - нет, уробилин - положительно, реакция Грегерсена - положительная, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 10-15 в поле зрения, эритроциты - сплошь, цилиндры: восковидные - 1-2 в поле зрения, гиалиновые - 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 76

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

При поступлении масса тела 12 кг. Ребёнок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4 °С. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стёкол». ЧД – 32 в минуту. Перкуторно: над лёгкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой среднеключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчётливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над лёгочной артерией. ЧСС – 116 ударов в минуту. Печень +2 см из-под края левой рёберной дуги. Пальпируется край селезёнки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

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

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

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

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

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

Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 77

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик А. 8 лет поступил в отделение больницы с жалобами, со слов матери, на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дедушка ребёнка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребёнка появились кровоподтеки и уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы нижней губы. В возрасте 6 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу ступить не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нём ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нём ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.

В общем анализе крови: Hb – 94 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,77, ретикулоциты – 2,5%, тромбоциты – 230×10^9 /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1029, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 4–5 в поле зрения, эритроциты – неизменные единичные в поле зрения, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?
2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?
3. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?
4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Назначьте лечение больному.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 78

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Во время профилактического осмотра ребёнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При сборе анамнеза стало известно: мать – студентка 19 лет; ребёнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мать отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание ребёнка однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю. Другие продукты предпочитают ему не давать. На таком питании отмечались высокие прибавки в весе. Гуляют редко.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с 2 месяцев – смесь «Малютка 1», с 6 месяцев – цельное коровье молоко по причине материальных затруднений в семье, злаковый прикорм начали вводить с 5 месяцев, мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев.

В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост – 78 см, масса – 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: $E_r - 3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 89 г/л, цветовой показатель – 0,76. В мазках: E_r бледной окраски, микро-анизоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Через 3 недели приёма лекарственного препарата $E_r - 4,0 \times 10^{12}/л$, $Hb - 118$ г/л, ретикулоциты – 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 79

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Девочка 1,5 лет от второй беременности, протекавшей без патологии, вторых родов, в срок, путём естественного родоразрешения. Масса при рождении – 3200 г, длина – 51 см. Вскармливание искусственное («Малютка», «Нутрилак»). Прикормы вводились по возрасту. Психофизическое развитие соответствует возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ. Профилактические прививки по календарю.

Настоящее заболевание началось остро с жидкого стула до 10 раз в сутки, наблюдался гемоколит. Отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр. Врачом-педиатром участковым назначено лечение: регидратационная терапия, Линекс, Нурофен. В динамике состояние ухудшалось – нарастала вялость, неоднократно отмечалась рвота, сохранялся кишечный синдром, гемоколит. На третий день от начала заболевания присоединилась желтушность кожи, снижение диуреза, моча тёмного цвета.

При поступлении в стационар состояние ребёнка тяжёлое, вялая, заторможенная. Однократно судорожный синдром с запрокидыванием головы, закатыванием глаз. Купирован введением Реланиума 0,5 мл. Масса – 11 кг. Кожные покровы бледные, желтушность кожи и склер. Отёчность голеней и передней брюшной стенки. Перкуторно над лёгкими звук лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правой парастеральной линии, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация умеренно болезненная во всех отделах. Печень +1,5 см из-под рёберного края. Селезёнка пальпируется нижним полюсом. Стул жидкий с примесью крови и слизи. Анурия (более суток).

Общий анализ крови: СОЭ – 34 мм/час, лейкоциты – $13,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 34%, моноциты – 7%, эозинофилы – 4%, эритроциты – $2,58 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 66 г/л, тромбоциты – 75×10^9 /л.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, удельный вес – не определяется (мало мочи), белок – 0,8‰, лейкоциты – 8–10 в поле зрения, эритроциты – до 100 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 38 мкмоль/л (норма – 3,4–20,7 мкмоль/л), билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л (норма – 0,83–3,4 мкмоль/л), ALT – 33 Ед/л, AST – 48 Ед/л, мочевины – 24,6 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 359 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), цистатин С – 4,7 мг/л (норма – до 1,2 мг/л).

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и оценки состояния пациента? Обоснуйте своё назначение.
4. Какова дальнейшая терапевтическая тактика?
5. Укажите возможные исходы заболевания. Определите неблагоприятные прогностические факторы заболевания у данного ребёнка.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 80

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок, путём естественного родоразрешения. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. Вскармливание естественное до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощён. Психософическое развитие соответствует возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, ангина. Профилактические прививки по календарю.

Настоящее заболевание началось после перенесённой ангины. Получала Флемоксин, Нурофен, но школу посещала. Через 2 недели заметили появление мочи цвета «мясных помоев», отёчность век по утрам. Ребёнок был госпитализирован. Анализ амбулаторной карты показал, что анализы мочи ранее проводились неоднократно, патологических изменений не было.

При поступлении в стационар на третий день от начала заболевания состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пастозность век и голеней. Зев умеренно гиперемирован, миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, наложений нет. Перкуторно над лёгкими звук лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной 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 рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл за сутки, моча цвета «мясных помоев».

Общий анализ крови: СОЭ – 21 мм/ч, лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, эозинофилы – 4%, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 120 г/л, тромбоциты – 325×10^9 /л. Общий анализ мочи: цвет – бурый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, удельный вес – 1009, белок – 0,8%, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные, покрывают всё 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%, глюкоза – 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 18 мкмоль/л (норма – 3,4–20,7 мкмоль/л), билирубин прямой – 0,8 мкмоль/л (норма – 0,83–3,4 мкмоль/л), ALT – 23 Ед/л, AST – 28 Ед/л, мочевины – 15,2 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 188 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), цистатин С – 1,7 мг/л (норма – до 1,2 мг/л), холестерин – 3 ммоль/л, СРБ – 1,4 мг/дл (норма – до 0,05 мг/дл), калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте назначения.
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения функционального состояния почек? Обоснуйте ожидаемые результаты исследований.
5. Каковы Ваши рекомендации по лечению пациента?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 81

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 7 лет. Со слов матери, ребёнок жалуется на периодические головные боли, головокружение, слабость, утомляемость в течение последних 2 недель. Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, угрозы прерывания в 8 недель, ОРВИ (без повышения температуры) в 9 недель. Мать страдает гипертонией, хроническим пиелонефритом, во время беременности обострения процесса не было. На губах у матери периодически герпетические высыпания.

Роды в срок, вес – 2900 г, рост – 52 см. Период новорождённости без особенностей. Пищевой, лекарственной аллергии нет. До 4 лет – частые (7–8 раз в год) ОРВИ. Перенёс ветряную оспу, краснуху. ЭКГ проводилось в возрасте 6 месяцев, со слов матери, отклонений не было. Привит по возрасту. Анамнез заболевания: впервые шум в сердце выслушан 5 месяцев назад, от предложенного обследования отказались (по семейным обстоятельствам). В последний месяц стали отмечаться головные боли, боли в сердце, слабость, утомляемость, головокружение. Осмотрен врачом-педиатром участковым, направлен на обследование. Объективные данные: состояние средней тяжести. Бледен. Вес – 23 кг, рост – 126 см. При осмотре – диспропорциональное развитие мышечной системы – мышцы верхней половины гипертрофированы, конечности холодные на ощупь. Отёков, пастозности нет. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2,0 см от края грудины, левая – на 0,5 см снаружи от среднеключичной линии. ЧД – 23 в минуту, ЧСС – 100 ударов в минуту. При аускультации – тоны сердца средней громкости, ритмичны, акцент 2 тона на аорте. По левому краю грудины – грубый систолический шум, иррадиирующий в межлопаточное пространство, на сосуды шеи. АД на руках – 140/90 мм рт.ст., на ногах – 90/60 мм рт.ст. Живот обычной формы, печень – нижний край – у края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Пульс на бедренных артериях не определяется, на кубитальных (локтевой сгиб) – напряжённый.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$; тромбоциты – $330 \times 10^9/л$, цветовой показатель – 1,0; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 52%; лимфоциты – 35%; моноциты – 8%; эозинофилы – 3%; СОЭ – 7 мм/час. Общий анализ мочи – без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,3 ммоль/л; АлАТ – 31 ЕД/л, АсАТ – 45 ЕД/л; ДФА – 0,18 ЕД.; СРБ – отрицательный. Рентгенография грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет; сердце несколько расширено влево; кардиоторакальный индекс (КТИ) – 0,52; узурация нижних краёв рёбер. ЭКГ: ЭОС – горизонтальная, синусовый ритм с ЧСС – 90 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка. ЭХОКС: коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм.рт.ст. Умеренная гипоплазия аорты во всех отделах. Гипертрофия левого желудочка. Сократительная способность 78%. Диастолическая объёмная перегрузка левого желудочка. Умеренно расширено левое предсердие. Осмотр врача-офтальмолога: глазное дно – ангиопатия сетчатки. Осмотр врача-стоматолога: полость рта санирована. Врач-оториноларинголог: хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте недостающее обследование. Определите тактику дальнейшего ведения больного.
4. Назначьте необходимое немедикаментозное и медикаментозное лечение данному пациенту.
5. Через 2 дня получены результаты суточного мониторирования АД – в коррекции антигипертензионной терапии не нуждается. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 82

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Родители ребёнка (девочка 14 лет) обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на снижение её успеваемости в школе, частую головную боль по утрам, избирательный аппетит, утомляемость.

При осмотре девочки обращает на себя внимание астеничность больной, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. При аускультации на верхушке выслушивается лёгкий систолический шум. ЧСС - 80 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 88 г/л, цветовой показатель - 0,73, ретикулоциты, MCV - 75 fL, MCH - 24 pg, MCHC - 300 г/л. В мазках эритроциты бледной окраски, микроанизоцитоз ++.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Сформулируйте план лечения данной пациентки.
5. Назовите клинические проявления передозировки препаратами железа и методы детоксикации.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 83

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

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

Обследован:

общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 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;

общий анализ мочи: реакция – щелочная, удельный вес – 1007, белок – 4 г/л, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 70–80 в поле зрения;

проба Зимницкого: дневной диурез – 200,0 мл, ночной – 300,0 мл, удельный вес мочи – 1002–1012.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 84

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

Скорость диуреза – 0,3 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 85

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет.

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

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

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

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

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

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

КОС: рН – 7,1; рО₂ – 92 мм рт. ст.; рСО₂ – 33,9 мм рт. ст.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 86

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители мальчика 9 месяцев. Жалобами на приступы в виде напряжения мышц со сгибанием туловища и конечностей ребёнка, регистрируются сериями по 10-15 приступов в каждую серию. В течение дня наблюдается до 10-20 серий.

Из анамнеза заболевания: в 7 месяцев появились приступы вышеописанного характера с частотой 3-5 раз в день, в течение месяца частота приступов увеличилась, появились серии до 10 раз в день по 10-15 приступов в каждой серии. С момента появления припадков ребёнок начал терять приобретенные навыки.

Из анамнеза жизни следует обратить внимание на отягощённый перинатальный период. Ребёнок от беременности, протекавшей на фоне гестоза, анемии, хронической фетоплацентарной недостаточности. Роды в срок путём операции кесарево сечение. Вес – 3250 г, рост – 50 см, окружность головы – 34 см. С рождения состояние средней степени тяжести за счёт неврологической симптоматики, оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. Находился в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 5 суток в связи с угнетением сознания до сопора. При проведении УЗИ головного мозга в первые дни жизни данные за церебральную ишемию II степени. После стабилизации состояния из ОРИТ переведён в отделение патологии новорожденных, выписан с диагнозом «церебральная ишемия II ст., средней степени тяжести». Синдром угнетения. После выписки наблюдался у врача-педиатра, врача-невролога. Развивался с задержкой. Курсами проводилась нейрометаболическая терапия, на фоне лечения медленная положительная динамика в плане развития.

Неврологический статус: на осмотр реагирует негативно, однократно зарегистрирована серия приступов по типу «инфантильных спазмов». Менингеальных симптомов нет. Голова правильной формы, большой родничок – 2×2 см, спокойный. Со стороны черепных нервов: глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакции сохранены D=S, нистагма и косоглазия нет. Лицо симметричное. Бульбарных нарушений нет, язык по средней линии. Двигательная активность – голову держит устойчиво, кистевой захват хороший D=S, при тракции за руки пытается приподняться, игрушку в руки берёт и держит, пытается переключивать. Поворачивается со спины на живот, передвигается, подставляя руки и подползая, но не ползает, самостоятельно не сидит, не встает у опоры. Мышечный тонус удовлетворительный в верхних и нижних конечностях. Мало интересуется игрушками, эмоциональный фон снижен, отличает близких от чужих, поворачивает голову на невидимый источник звука, знает голос матери. Активная речь на уровне отдельных слогов, не реагирует на свое имя. Хорошо ест с ложки, снимая губами пищу.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребёнка.
5. Какова неотложная помощь на догоспитальном этапе при приступе у данного ребёнка?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 87

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Ребёнок С. 3 лет поступил в клинику для выяснения причин частой заболеваемости мальчика. Жалобы на пониженный аппетит, утомляемость, выраженную бледность.

Анамнез болезни. Основной причиной обращения к врачу послужили частые повторные, плохо поддающиеся лечению бронхиты. Последний эпизод кашля неделю назад. При этом мать ребёнка обратила внимание на появление у него цианотической окраски кожи лица, преимущественно носогубного треугольника, заметно усиливающейся во время приступов кашля, сопровождавшихся одышкой. Масса тела при рождении составляла 3050 г, длина тела – 52 см. В генеалогическом анамнезе у пробанда прослеживается отягощённость по патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС — по отцовской, ревматизм и нейроциркуляторная дистония – по материнской линиям). Объективно: при поступлении состояние расценивалось как удовлетворительное. Рост – 94 см, вес – 13,2 кг. При осмотре: кожный покров чистый, бледный, обычной влажности и эластичности. Обращают внимание периорбитальные тени и незначительный цианотический оттенок носогубного треугольника. Подкожная клетчатка развита слабо, распределена равномерно, отёков и пастозности нет. Дыхание свободное, регулярное, частотой 32 в минуту. При перкуссии определяется ясный лёгочный звук, в лёгких выслушивается дыхание с лёгким бронхиальным оттенком, проводится над всеми отделами грудной клетки. Частота пульса в покое составляет 124 в минуту, при физической нагрузке возрастает до 140 в минуту. Пульс одинаков на обеих руках, его наполнение и напряжение удовлетворительные. Видимой пульсации над проекцией периферических сосудов нет. Грудная клетка над областью сердца не деформирована, при пальпации после физической нагрузки во втором межреберье слева от грудины появляется слабое ощущение локальной пульсации. Верхушечный толчок определяется в четвертом-пятом межреберьях, высокий, умеренной силы, площадью до 6 см, его наружный край смещён на 2 см влево от среднеключичной линии. Перкуторные границы сердца: верхняя — по второму ребру, левая — совпадает с наружной границей верхушечного толчка; правая определяется почти на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии. При аускультации определяются оба сердечных тона: I тон хорошо прослушивается на верхушке сердца, преобладает над II тоном, тогда как на основании сердца, во втором межреберье, звучнее II тон. Он расщеплён и лучше слышен слева у края грудины, на проекции клапана лёгочной артерии. Во II-III межреберьях слева у грудины стабильно выслушивается умеренной интенсивности, но продолжительный систолический шум дующего характера, слабо определяющийся и над остальными точками аускультации сердца, не выходя за его пределы, АД на обеих руках 95/55 мм рт.ст. Со стороны органов пищеварения патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются, дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,02 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $290 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1, сегментоядерные – 29, лимфоциты – 64, эозинофилы – 1, моноциты – 7, СОЭ 5 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 60 мл, белок, эритроциты не обнаружены, эпителий плоский. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины — 60%, α -1-глобулины — 4%, α -2-глобулины — 7%, β -глобулины — 12%, γ -глобулины — 17%. ЭКГ: синусовый ритм с частотой 108 в минуту, отклонение ЭОС влево. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: картина лёгочных полей с выраженным равномерным усилением сосудистого рисунка обоих лёгких.

Эхокардиографическое исследование: чётко прослеживается высокоамплитудный систоло-диастолический поток в средней трети межпредсердной перегородки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения.
5. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 88

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Ребёнок 9 месяцев заболел 3 дня назад: отмечался подъём температуры тела до 37,5°C, появились серозные выделения из носа. Получал противовирусные препараты, сосудосуживающие средства эндоназально. На фоне лечения состояние не улучшалось, температура в течение второго – третьего дней заболевания повысилась до 38,2-39,4°C, появился влажный кашель.

Ребёнок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, прикорм с 4 месяцев. До настоящего времени перенёс три раза ОРВИ.

При осмотре участковым врачом-педиатром участковое состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. В зеве яркая гиперемия. Отёчность нёбных миндалин. Отмечается влажный кашель, серозные выделения из носа. Частота дыхания - 48 в 1 минуту. Перкуторно – в нижней доле справа определяется укорочение перкуторного звука, аускультативно - в этой же области влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под рёберного края, селезёнка не пальпируется.

В анализах: общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 13,5×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 8%, СОЭ - 29 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких расширены, в нижней доле справа лёгочный рисунок усилен, определяются очаговые тени.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте необходимость жаропонижающей терапии при данном заболевании. Укажите препараты выбора в данном случае.
3. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится Ибупрофен. Укажите механизм его действия.
4. Назначьте конкретный жаропонижающий препарат с указанием его дозы, кратности и способа введения.
5. Укажите нежелательные побочные реакции НПВС (Ибупрофена).

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 89

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъём температуры до 39,0°C, появились сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента, перенёсшего это заболевание?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 90

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мать вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат выбора, дозу и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 91

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°C и появился кашель.

При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице.

Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.

При объективном исследовании: температура – 38,5°C, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёвшего внебольничную пневмонию?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 92

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Пациентка 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы.

Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 93

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Ребенок 4 лет заболел 5 дней назад: отмечался подъем температуры тела до 37,5°C, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение «домашними» средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5 день заболевания отмечен подъем температуры до 38,6°C, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.

Ребёнок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, прикорм с 4 месяцев. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенёс ветряную оспу и дважды ОРВИ.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания - 40 в 1 минуту. Втяжение межрёберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над лёгкими лёгочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: в лёгких дыхание жёсткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же - влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под рёберного края, селезёнка не пальпируется.

Полный анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - $13,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 8%, тромбоциты - $200 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких расширены, слева неструктурны, лёгочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте необходимость антибактериальной терапии при данном заболевании.
3. Назначьте препарат с указанием его дозы, кратности, способа введения, длительности курса.
4. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится данный препарат. Охарактеризуйте данный препарат.
5. Укажите нежелательные побочные реакции препарата.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 94

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 12 лет два дня назад купался с друзьями в реке, очень сильно замёрз. На следующий день родители с мальчиком обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на лихорадку, головную боль, слабость, вялость, сухой болезненный кашель у ребёнка.

При осмотре: температура тела – 39,0°C. Кожные покровы влажные, бледные. Слизистые оболочки чистые. Зев гиперемирован. Частота дыхания – 28 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

От госпитализации ребёнка в стационар родители отказались.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна подобная клиническая картина? Укажите наиболее частые возбудители данного заболевания, учитывая возраст пациента.
2. Назовите план дополнительного обследования ребёнка и ожидаемые результаты.
3. Назначьте необходимое лечение. Обоснуйте выбор антибактериального препарата в зависимости от вида возбудителя (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) и наличия аллергии на препараты пенициллинового ряда в анамнезе.
4. Перечислите основные побочные эффекты антибактериальной терапии.
5. Назовите критерии оценки эффективности антибактериальной терапии.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 95

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

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

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

При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, беспокоен. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника, периорбитальной области. Отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. ЧДД – 58 в минуту. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании выслушиваются немногочисленные крепитирующие хрипы. ЧСС – 134 удара в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах:

– общий анализ крови первый: лейкоциты – $24 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 24%; сегментоядерные – 57%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 13%; моноциты – 3%, СОЭ – 33 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов – 57%;

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

– общий анализ мочи: без патологии.

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

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

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 96

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 4 года 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4 °С. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мать вызвала неотложную помощь. При осмотре врач-педиатр неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности, над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Аускультативно: справа бронхиальное дыхание. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над лёгкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
5. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 97

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Ребёнок 7 лет заболел остро после переохлаждения, отмечался подъём температуры до 39,0 °С, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости – синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенёс ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4–5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС – 120 ударов минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – $18,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие изменения в биохимическом анализе крови Вы ожидаете?
3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребёнка.
4. Назначьте лечение.
5. Можно ли лечить ребёнка в амбулаторных условиях?

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 98

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

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

Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД – 40 в минуту. ЧСС – 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, юные – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час.

В общем анализе мочи: количество – 100 мл, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 99

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

На приёме мать с мальчиком 7 месяцев.

Ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой - 3200 г, длиной - 52 см. Неонатальный период без особенностей. С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту.

Из анамнеза известно: ребёнок болен в течение одной недели.

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

Назначена противовирусная терапия (Виферон), капли в нос с Ксилометазолином.

На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды.

Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела - 8200 г, рост - 68 см. Ребёнок беспокойный. Температура тела - 38,8°C. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания - 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межрёберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над лёгкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно жёсткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

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

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 100

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Госпитальная педиатрия

Факультет: педиатрический

Кафедра педиатрии

Курс: 6

Форма обучения: очная

Мальчик 7 лет (масса тела – 25 кг) находится в стационаре с диагнозом «внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого лёгкого, средне-тяжелое течение, ДН I».

Заболел остро 4 марта: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8°C. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7°C. Принимал противовирусные препараты (Арбидол, Ингавирин), жаропонижающие средства. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения температуры тела 7 марта обратились в поликлинику, ребёнок был госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Рентгенография лёгких (7 марта): признаки пневмонии нижней доли правого лёгкого.

Общий анализ крови (7 марта): гемоглобин - 145 г/л, лейкоциты - 18×10^9 /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 240×10^9 /л, палочкояденые нейтрофилы - 12%, лимфоциты - 20%, нейтрофилы - 74%, эозинофилы - 1%, моноциты - 3%, СОЭ - 25 мм/ч.

Лист назначения.

	март					
	7	8	9	10	11	12
Цефазолин 800 мг х 3 р/сут. в/в на 10 мл 0,9% NaCl	+	+	+			
Амикацин 350 мг х 1 р/сут в/в на 10 мл 0,9% NaCl				+	+	+
Ибупрофен, табл. 200 мг внутрь при повышении T тела свыше 38.5°C				+	+	+
Амброксол, сироп 15 мг/5 мл, 5 мл х 3 р/сут	+	+	+	+	+	+
Температура тела	38.5	38.4	38.0	38.7	38.6	38.0
ЧСС	98	92		80	86	

Вопросы:

1. Оцените рациональность стартовой эмпирической антимикробной терапии с учётом спектра действия препарата.
2. Оцените рациональность проведенной смены антибактериального препарата с учётом спектра действия препарата и наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии.
3. Предложите методы и время контроля эффективности антибактериальной терапии.
4. Сочетание каких из назначенных препаратов повышает риск развития нефротоксического побочного действия? Обоснуйте ответ.
5. Предложите рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии.

Зав. кафедрой педиатрии,
профессор

И.Г. Хмелевская

Дата _____