

Структура контроля в форме ситуационных задач по дисциплине Б1.Б.1 «Педиатрия» в рамках программы ординатуры 31.08.19 «Педиатрия»

Индекс	Наименование дисциплины, разделов	Шифр компетенций
Б1.Б	Базовая часть	
Б1.Б.1	Педиатрия	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
Раздел 1	Неонатология	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
Раздел 2	Патология детей раннего возраста	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
Раздел 3	Патология детей старшего возраста	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Банк ситуационных задач/заданий по дисциплине Б1.Б.1 «Педиатрия» в рамках программы ординатуры 31.08.19 «Педиатрия»

Ситуационная задача №1 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>У мальчика 4 лет, со слов матери, после 3-х месячного возраста появился цианоз губ сине-фиолетового цвета, усиливающийся при физической нагрузке. С 6-ти месячного возраста появились приступы, характеризующиеся возбуждением, учащением дыхания, усилением цианоза. Приступы длятся от нескольких минут до 10-12 часов. При утомлении ребенок принимает вынужденное положение – присаживается на корточки.</p> <p>При осмотре ребенка выявляется отставание в физическом развитии, деформация пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, ногти по типу «часовых стекол». При пальпации ощущается систолическое дрожание над областью сердца.</p> <p>Границы сердца расширены влево. При аускультации выслушивается грубый систолический шум у левого края грудины во втором межреберье. Второй тон на легочной артерии ослаблен. Снижено максимальное и имеется малое пульсовое давление.</p> <p>Обследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рентгенологическое исследование: сосудистый рисунок легких обеднен, сердце в форме «сапожка» с выраженной талией и приподнятой верхушкой. Расширение восходящей части аорты и ее дуги. 2) ЭКГ – смещение электрической оси сердца вправо, гипертрофия правого предсердия и правого желудочка. 3) ФКГ – 1 тон не изменен во всех точках, систолический шум высокой амплитуды регистрируется во всех точках, заканчивающийся перед 2 тоном. <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. Окажите неотложную помощь при приступе.
<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тетрада Фалло.

Ситуационная задача №2 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Мальчик, 8 лет, предъявляет жалобы на постоянные головные боли, шум в ушах, головокружение, боли в области сердца, покалывание в нижних конечностях, утомляемость при ходьбе.</p> <p>При осмотре: телосложение с хорошо развитым торсом и инфантильной нижней частью туловища. Границы сердца расширены влево. При пальпации отмечено усиление верхушечного толчка.</p> <p>Аускультативно: 1 тон на верхушке несколько усилен и расщеплен. 2 тон не изменен. Выслушивается систолический шум во 2-3 межреберье справа и слева от грудины и паравертебрально на спине. Повышено АД на верхних конечностях и снижено на нижних конечностях. В яремной вырезке усиленный толчок дуги аорты. На бедренной артерии и стопах пульс отсутствует.</p>
--

Обследование:

- 1) Рентгенологическое исследование: легочный рисунок не изменен, дуга легочной артерии не выбухает. Поперечник сердца увеличен влево, талия хорошо выражена. Восходящая часть аорты расширена. Узуры по нижнему краю задних отрезков ребер.
- 2) ЭКГ: нормальное положение электрической оси, левожелудочковая гипертрофия.
- 3) ФКГ: тоны не изменены, систолический шум в 3-м межреберье слева от грудины, в межлопаточном пространстве – систоло-диастолический шум коллатералей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Лечение – ваше мнение по оперативному лечению?
3. Симптоматическая терапия.

Ответ:

1. Коарктация аорты

Ситуационная задача №3 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Родители Люды М., 5 месяцев, обратились к участковому педиатру с жалобами на периодические срыгивания, неустойчивый стул, плохую прибавку в весе.

Ребенок родился от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на ранних сроках. Масса тела при рождении – 2900 г, длина – 49 см. Роды путем кесарева сечения (у матери миопия высокой степени). Ребенок наблюдается неврологом с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия». Находится на грудном вскармливании. На данный момент девочка весит 5450 г, длина – 61 см. Дефицит массы 16,8%.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой истончен на животе. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ЧСС - 125 уд/мин, Живот мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. Стул желтый, разжиженный, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Соответствует ли масса тела ребенка должествующей?
2. Поставить и обосновать клинический диагноз.
3. Составьте план обследования
4. Основные принципы лечения.

Ответ:

Диагноз: Постнатальная гипотрофия 1 степени, период прогрессирования, смешанного генеза.

Ситуационная задача №4 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Витя К., 4 месяца. Обратились в поликлинику 19 декабря. Мама предъявляет жалобы на то, что в последние 2 недели ребенок стал капризным, беспокойно спит, появилась потливость головы при кормлении. Симптомы нарастали постепенно. Находится на искусственном вскармливании смесью Агуша-1 с 3-месячного возраста.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, капризен при осмотре. Большой родничок 2×2 см, края податливые, облысевший затылок, апертура грудной клетки развернута, выражен красный разлитой дермографизм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания.
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Витамин-D-дефицитный рахит, период разгара, средней степени тяжести, острое течение,

Ситуационная задача №5 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Ребенок 5 месяцев. Девочка от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200,0 г, длина – 50 см. Закричала сразу, к груди приложена в первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 месяца, из-за гипогалактии у матери, стала получать адаптированные детские смеси. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Ребенок в 3 месяца перенес ОРИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое.

Семейный анамнез: у матери – пищевая и лекарственная аллергия; отец – практически здоров.

Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38⁰С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком; аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6⁰С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

- 1) Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с - 30%, л – 58%, м – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.
- 2) Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения больного ребенка.
5. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?
6. Какие виды физиотерапии показаны?
7. Можно ли ребенка лечить на дому?
8. Прогноз заболевания

Ответ:

1. Острый бронхолит, ДН II степени.

Ситуационная задача №6 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Игорь П., 12 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, недомогание, изменение цвета мочи. Снижение аппетита.

Два года назад после скарлатины лечился в стационаре по поводу нефрита. Очередное обострение связано с респираторной инфекцией.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, «тени» под глазами. Ребенок отстаёт в физическом развитии (рост – 138 см, вес 32 кг). Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков, пастозности нет. Температура тела нормальная. Миндалины гипертрофированные, рыхлые; имеются кариозные зубы. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, приглушены. Пульс 96 уд/мин. АД – 125/75 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Диурез сохранен (800-1000 мл в сутки), моча цвета «мясных помоев».

- 3) Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 490×10^9 /л, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с - 64%, л – 18%, э – 4%, м – 8%. СОЭ – 28 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз
2. Назначить исследования, необходимые для оценки степени активности процесса и функционального состояния почек.
3. Составить план лечения.

Ответ:

Предварительный диагноз: Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, период обострения.

Ситуационная задача №7 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка 11 лет, поступила с жалобами на практически ежедневную тошноту и рвоту, боли приступообразные в правом боку, головные боли, слабость, утомляемость. Жалобы беспокоят в течение двух лет. Девочка не обследована.

Объективные данные: состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счет болевого синдрома, выраженного чувства тошноты. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, в правом подреберье. Пузырные симптомы

положительные.

Обследование:

- 1) Биохимический анализ крови: билирубин общ. –11 мкмоль/л, АСТ –50 Ед/л, АЛТ –42 Ед/л, щелочная фосфатаза –465 Ед/л.
- 2) УЗИ желчного пузыря: S –образный загиб в теле, ширина 32мм, толщина стенки –2мм, просвет гомогенный, в ортоположении загиб сохраняется.
- 3) ЭФГДС: Поверхностный гастродуоденит, по данным рН-метрии выявлена гиперацидность
- 4) Консультация невролога: центральный генез рвоты исключен.

Вопросы:

1. Поставить и обосновать клинический диагноз (основной и сопутствующий).
2. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз основной: Хронический поверхностный гастродуоденит, гиперацидный, обострение.
Сопутствующий: Аномалия желчного пузыря (S-образный). Дисфункция желчного пузыря по гипертоническому типу.

Ситуационная задача №8 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка 12 лет с 8-летнего возраста болеет ангинами. В 10 лет перенесла первый эпизод острой ревматической лихорадки.

Объективно со стороны сердца: верхушечный толчок в 5-6 межреберье, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая - на 2 см влево от левой срединно-ключичной линии. Аускультативно – на верхушке и в V точке дующий систолический шум, II тон у основания акцентирован.

В общем анализе крови: гемоглобин- 150 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП. – 0.95, лейкоц. – $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 8 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: СРБ отр., сиаловые кислоты – 120 ед.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какое необходимо назначить лечение.

Ответ:

1. Ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана. НК 0.

Ситуационная задача №9 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Лариса Б., 7 лет, поступила в клинику с жалобами на плохой аппетит, похудание, периодические боли в животе, ночное недержание мочи. Больна не менее 2 лет. Два года назад перенесла ОРВИ, сопровождавшееся дизурическими явлениями.

Состояние девочки удовлетворительное. Температура нормальная. Со стороны внутренних органов без особенностей. АД 105 /60 мм рт. ст. Общий анализ крови в пределах нормы. В общем анализе мочи белок 0,165 г/л, лейкоциты до 20 в п.зр., единичные эритроциты. При посеве мочи выделена кишечная палочка. Проба по Зимницкому: дневной диурез 750 мл, ночной – 475 мл, относительная плотность мочи 1005-1020.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование.

Ответ:

Хронический пиелонефрит, частичная клинико-лабораторная ремиссия, функция почек не нарушена.

Ситуационная задача №10 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Маша Р. 10 лет, жалуется на боли в животе натощак и ночные боли на фоне нерегулярного питания, которые проходят после приема пищи, также беспокоят изжога, тошнота, отрыжка кислым, периодически рвота.

Объективно: девочка пониженного питания, кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом у корня. При пальпации живота выявляется резкая болезненность в пилородуоденальной области.

При проведении ЭФГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода гиперемирована, слизистая желудка гиперемирована, зернистая, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на задней стенке язва 3× 8мм,

<p>покрыта серым фибрином.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить клинический диагноз. 2. Составить план лечения.
<p>Ответ:</p> <p>Диагноз основной: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки), 1 стадия, средней степени тяжести, фаза обострения.</p> <p>Сопутствующий: Хронический гиперпластический гастродуоденит, обострение. Катаральный дистальный эзофагит.</p>

Ситуационная задача №11 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Рома М. 17 лет, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на резко выраженные боли в эпигастрии, нарастающую слабость, головокружение. По экстренным показаниям проведена срединная лапаротомия, диагноз: Перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки, перитонит.</p> <p>Проведено ушивание язвенного дефекта. Проведенное лечение: инфузионная терапия, диетотерапия, алмагель, ультоп, хинкоцил, репаратанты (актовегин), фромилит, антибиотикотерапию.</p> <p>На 14 день проведена контрольная ЭФГДС: эрозивный бульбит, поверхностный гастрит, на передней и задней стенке- пост'язвенные рубцы, видны лигатуры.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулировать клинический диагноз: основной, осложнение, сопутствующий. 2) Назначить лечение.
<p>Ответ:</p> <p>Диагноз основной: Язвенная болезнь: язва луковицы двенадцатиперстной кишки, 1 стадия, впервые выявленная, период обострения.</p> <p>Осложнение: Перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Разлитой перитонит.</p> <p>Сопутствующий: Хронический гастродуоденит (эрозивный бульбит, поверхностный гастрит), обострение.</p>

Ситуационная задача №12 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Родители девочки Р., 1г. (дата рождения 3.10.), обратились в отдел вакцинопрофилактики с целью определения возможностей проведения вакцинопрофилактики у их ребенка.</p> <p>Из анамнеза известно, что дедушка девочки, проживающий в соседней квартире, болеет туберкулезом. Ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении состояние девочки удовлетворительное, масса тела 3100 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Вскармливание грудное. Физическое и психомоторное развитие в соответствии с возрастом.</p> <p>Со слов родителей была проведена вакцинация по ниже представленному календарю. На 7 день жизни – против туберкулеза вакциной БЦЖ-М, в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. – первая, вторая и третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и первая, вторая и третья вакцинация против полиомиелита, в 2 и 4,5 мес. – первая и вторая вакцинация против пневмококковой инфекции.</p> <p>При осмотре: масса 9,5кг, рост 70см, состояние ребенка удовлетворительное, на осмотр реагирует положительно. Катаральных явлений нет. Кожные покровы розовые, чистые. Большой родничок 0,5 см, периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 115 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 1,5см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание в норме. Психомоторное развитие в соответствии с возрастом.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите, соответствует ли проведенная вакцинация в данном случае календарю профилактических прививок, принятому в РФ 2. Назовите, какую еще прививку и в каком возрасте следовало провести девочке? 3. Обозначьте и обоснуйте ваши рекомендации по проведению дальнейшей вакцинации в ближайшее время
<p>Ответ:</p> <p>Проведенная вакцинация в целом соответствует прививкам и возрасту, предусмотренным национальным календарем профилактических прививок Российской Федерации. Однако, учитывая, что дедушка девочки, проживающий рядом с ребенком, болеет туберкулезом, необходимо было использование вакцины для профилактики туберкулеза - БЦЖ (вместо БЦЖ-М для щадящей первичной профилактики – что было проведено в данном случае). Помимо этого не проведена вакцинация против гепатита В, гриппа.</p>

Ситуационная задача №13 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Родители девочки А., 11 мес. 20 дней (дата рождения 9.10.), обратились в отдел вакцинопрофилактики с целью определения возможностей проведения вакцинопрофилактики у их ребенка.

Из анамнеза известно, что мама девочки – носитель HBs-Ag, ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении состояние ребенка удовлетворительное, масса тела 3300 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Вскармливание грудное. Физическое и психомоторное развитие в соответствии с возрастом. Со слов родителей была проведена вакцинация по ниже представленному календарю. В первые сутки жизни девочка привита против гепатита В, на 7 день жизни – против туберкулеза, в 1 и 2 мес. проведены вторая и третья вакцинация против гепатита В, в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. – первая, вторая и третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и первая, вторая и третья вакцинация против полиомиелита, а также в 6 мес. – третья вакцинация против гепатита В.

При осмотре: масса 9,5кг, рост 70см, состояние ребенка удовлетворительное, на осмотр реагирует положительно. Катаральных явлений нет. Кожные покровы розовые, чистые. Большой родничок 1 см, периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 1,5см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Психомоторное развитие в соответствии с возрастом.

Вопросы:

1. Укажите, соответствует ли проведенная вакцинация в данном случае календарю профилактических прививок, принятому в РФ
2. Назовите, какие еще прививки и в каком возрасте следовало провести девочке
3. Обозначьте и обоснуйте ваши рекомендации по проведению дальнейшей вакцинации ребенка в ближайшее время

Ответ:

Проведенная вакцинация в целом соответствует прививкам и возрасту, предусмотренным Национальным календарем профилактических прививок Российской Федерации.

Ситуационная задача №14 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Миша К. 3-е сутки, переведен в отделение патологии новорожденных, с жалобами на появление пузырьков с прозрачным содержимым по телу.

Анамнез жизни: ребенок родился от первой, нормально протекающей беременности, в срок весом 3450г, ростом 50см. Находится на грудном вскармливании.

При осмотре: самочувствие ребенка не страдает. Рост 50см, вес 3400г. Кожные покровы обычной физиологической окраски, на волосистой части головы, естественных складках туловища, конечностях наблюдаются пузырьки с серозным и мутным содержимым, с выраженным венчиком гиперемии. Дыхание через нос свободное, ЧДД 46 в мин. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена, границы сердца в возрастной норме, ЧСС 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: Hb-148 г/л, эр- 5.0 Т/л, ЦП- 0.76, лейкоц- 12.4 Г/л, Лейкоцитарная формула: п- 3%, с-30 %, л- 58 %, м- 8 %, э- 1 %, СОЭ 6 мм/ч.

Общий анализ мочи в норме.

Вопросы:

1. Оценить данные анамнеза.
2. Оценить данные объективного осмотра.
3. Предварительный диагноз.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать заболевание?
5. Оценить результаты лабораторного исследования.
6. Назначить лечение.
7. Наметить план дальнейшего наблюдения.
8. Определить прогноз

Ответ:

Предварительный диагноз: везикулопустулез.

Ситуационная задача №15 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мальчик 12 сут. поступил в отделение недоношенных детей ДККБ. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, частыми ОРИ (три эпизода) в первой половине беременности.

Роды на 37 неделе, без осложнений. Масса при рождении 2100г, длина 49 см. Объективно. Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, умеренно желтушные, эластичность снижена, геморрагическая сыпь. Подкожно-жировой слой слабо выражен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4,0 см, селезенка +3см. Стул 3-4 раза в сутки.

<p>ОАК: Нв- 98 г/л, эр -3,1 Т/л, тр- 130 Г/л, лей-8,1 Г/л, СОЭ 10 мм/ч. Биохимия крови: общ.билирубин-230, АлТ-83, АсТ-62. ОАМ: реакция кислая, уд. Вес 1015 лей 1-2 в п.зр, эпит 1-1 в п.зр.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Что явилось предрасполагающим фактором для развития данного заболевания? 3. Составьте план обследования. 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Назначьте больному лечение. 6. Прогноз. <p>Ответ: Недоношенность 37 нед. Врожденная ЦМВИ. Обоснованием является: низкая масса тела при рождении, геморрагическая сыпь, тромбоцитопения, анемия, желтуха, гепатоспленомегалия.</p>

<p>Ситуационная задача №16 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p> <p>Вы врач детского дошкольного учреждения. 4-х летний мальчик посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребёнок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойный, трудно засыпает, периодические подёргивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребёнок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, несвязанные с приёмом пищи; заметно похудел. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, в дальнейшем – частые острые респираторные заболевания. В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен. Длина тела 104 см., масса – 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия нёбных миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 128 уд. в мин.; АД 95\60. Живот мягкий, умеренная болезненность без чёткой локализации. Печень + 1 см., селезёнка не увеличена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените состояние здоровья ребенка на момент осмотра педиатром. 2. Степень тяжести дезадаптации, диагностические критерии? 3. Прогноз состояния здоровья ребёнка, возможность проведения профилактических прививок? <p>Ответ: Фаза срочной адаптации (стрессорная), тяжелой степени.</p>
--

<p>Ситуационная задача №17 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p> <p>Медицинская сестра детского сада проводит контроль физкультурного занятия в старшей группе. Занятие проводится в физкультурном зале. Установлено: оборудование и оснащение физкультурного зала соответствует требованиям, предъявляемым СанПиН; помещение физкультурного зала перед занятием проветривалось (была открыта одна фрамуга); температура воздуха, измеренная на высоте 1 метра от пола, к началу занятия 19°C; занятие проводилось в первую половину дня при естественном освещении. У детей имеется спортивная форма (футболка, шорты, носки). На занятие дети, в сопровождении воспитателя, пришли по расписанию. «Листок здоровья» этой группы у воспитателя по физической культуре имеется. Проведение занятия началось с разминки, включающей дыхательную гимнастику, упражнения медленного и среднего темпа. Затем дети занимались с различными спортивными снарядами (гимнастическая палка, мячи, шведская стенка). В конце занятия, после проведения упражнений в медленном темпе и дыхательной гимнастики воспитатель по физкультуре организовал подвижную игру с элементами бега и прыжков. Продолжительность занятия составила 35 минут. Интенсивность физических упражнений у всех детей была одинаковая. Общая плотность занятия составила 89%, моторная плотность занятия – 50%. Для выявления признаков утомления, контроля частоты дыхания и пульса было выбрано 2 детей:</p> <p>1) Катя П., 5 лет 1 мес. Из медицинской документации известно, что у девочки малые аномалии развития сердца в виде дефекта межжелудочковой перегородки с минимальной регургитацией. Перед занятием частота дыхания (ЧД) – 25 в 1 мин., пульс – 80 в 1 мин. В середине занятия ЧД – 7 за 10 сек., пульс 25 за 10 сек., в конце занятия ЧД – 10 за 10 сек., пульс 29 – за 10 сек. Кожные покровы влажные, отмечается выраженная гиперемия лица. Исходные данные пульса дыхания восстановились через 12 минут после окончания занятия.</p>
--

<p>2) Кирилл В., 5 лет 2 мес. Диагноз – Дисплазия правого тазобедренного сустава, консервативное лечение, стадия компенсации.</p> <p>Перед занятием частота дыхания (ЧД) – 24 в 1 мин., пульс – 78 в 1 мин. В середине занятия ЧД – 6 за 10 сек., пульс 22 за 10 сек., в конце занятия ЧД – 7 за 10 сек., пульс 23 – за 10 сек. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Исходные данные пульса дыхания восстановились через 5 минут после окончания занятия.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените это физкультурное занятие. Методологически правильно ли оно составлено? Какие рекомендации вы дадите воспитателю по физкультуре. 2. Назовите физкультурные группы. К какой физкультурной группе надо отнести обследованных медицинской сестрой детей? 3. Оцените показатели общей и моторной плотности физкультурного занятия. Методика определения этих показателей. <p>Ответ:</p> <p>Физкультурное занятие в старшей группе проводится неправильно: нарушен режим проветривания, не выделены физкультурные группы (основная, подготовительная, специальная), низкая моторная плотность, методологически нарушена структура физкультурного занятия (в заключительной части занятия проводится игра, которая должна быть в основной части).</p>
--

Ситуационная задача №18 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила у Маши К. 4 г. 3 мес. сыпь на шее. Со слов матери ребенка у брата (посещает 2 класс школы) в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводила сама (полоскание горла раствором фурациллина, теплое молоко). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.</p> <p>Девочка осмотрена врачом детского сада. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей. Состояние средней тяжести; термометрия – 37,8°C. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей.</p> <p>Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемизованном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (шея, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемизованы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 100 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада, необходимые при этом инфекционном заболевании. 3. Сроки и критерии выписки ребенка в детское дошкольное учреждение. <p>Ответ:</p> <p>Скарлатина, типичная, легкая форма, 1-й день высыпаний.</p>

Ситуационная задача №19 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Сережа М., 6 лет 1 мес. В детском саду проведены обследования готовности к обучению в школе. Обследование было проведено в ноябре (за 10 месяцев до поступления в школу).</p> <p>Рост 107 см, вес - 17,6 кг. Число постоянных зубов нет. «Филлипинский» тест положительный. Уровень резистентности удовлетворительный. На форме 030/у не состоит.</p> <p>Логопед отмечает нарушение произношения сонорных звуков «Р» (твердое и мягкое). «Л» (твердое и мягкое). Нет автоматизации шипящих звуков «Ж», «Ч» и «Ц»; звуки «Ш» и «Щ» в стадии автоматизации.</p> <p>Психолог: психометрический тест Керна-Иирасека выполнен на 10) баллов (1-й субтест (нарисована женщина) - 3 балла; 2-й субтест - 3 балла; 3-й субтест - 4 балла). Мотометрический тест Озерского: за 1 минуту вырезано 2/3 круга, 2 раза перерезано по 1 тонкой линии</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените физическое и психомоторное развитие ребенка. 2. Оцените готовность ребенка к поступлению в школу. 3. В какую группу здоровья следует отнести данного ребенка?

Ответ:

Физическое развитие ниже среднего, гармоничное

Ситуационная задача №20 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Во время школьных занятий девочка 8 лет стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание.

Со слов одноклассников известно, что девочка час назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль. На диспансерном учёте не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко.

Срочно был вызван школьный врач. При осмотре девочка без сознания. Температура тела – 36,3°C. Кожные покровы бледные, холодный пот. Слизистые чистые, бледные. Дыхание поверхностное, с частотой 20 в минуту. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены. Верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 в мин. АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
3. Какие действия должен предпринять школьный врач?

Ответ:

Черепно-мозговая травма. Внутрочерепная гематома.

Ситуационная задача №21 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Родители Маши Н. 3 лет обратились к врачу по поводу непродуктивного кашля, который беспокоит ребенка последние 2 недели. Кашель вначале носил приступообразный характер, затем стал уменьшаться. Температура не повышалась. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, аускультативно дыхание справа в передне-нижних отделах жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы, перкуторно звук легочный, ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 106 в минуту. Клинический анализ крови без патологии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования данного ребенка.

Ответ:

Инородное тело правого бронха.

Ситуационная задача №22 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Ребенок Аня К., 4 г 7 мес, больна третий день. Жалобы на головную боль, слабость, частый влажный кашель. Из анамнеза известно, что является часто болеющим ребенком (ОРВИ 5-6 раз в год с выраженным затяжным кашлем, иногда с бронхообструктивным синдромом). При осмотре физическое развитие соответствует возрасту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз, температура 37,4°C, носовое дыхание затруднено, имеются слизистые выделения из носа. Задняя стенка глотки гиперемирована. ЧД 22 в минуту. В нижних отделах легких перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, выслушиваются мелко – и среднепузырчатые хрипы с обеих сторон, единичные сухие свистящие хрипы. Пульс 110 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести ребенку.
3. С какой патологией следует дифференцировать данное состояние
4. Какие группы препаратов применяют для лечения этой патологии.

Ответ:

Рецидивирующий обструктивный бронхит.

Ситуационная задача №23 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Ребенок Антон С. 5 мес заболел остро, жалобы на повышение температуры до 38,0⁰С, появление пароксизмального кашля, одышки, затрудненного свистящего дыхания. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, отмечается кашель с экспираторной одышкой. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, лимфатические узлы не увеличены. Зев гиперемирован. В легких дыхание жесткое, по всей поверхности выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД 65 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ легкой степени тяжести.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику данной патологии? 3. Нужна ли госпитализация? 4. Определите тактику ведения данного пациента.
<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый бронхиолит. ДН II степени.

Ситуационная задача №24 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Ребенок Наташа Ч., 8 лет, заболела остро, когда повысилась температура до 38⁰С, появился сухой кашель, насморк. На 3 день заболевания обратились к участковому педиатру по поводу повышения температуры до 38,7⁰С, усиления кашля. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, ЧСС 100 в минуту, ЧД 28 в минуту. При перкуссии отмечается укорочение звука книзу от угла лопатки и в аксиллярной области справа. Аускультативно выслушиваются множественные сухие хрипы над всей поверхностью легких, а также мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы справа.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Ваш предварительный диагноз Какие дополнительные методы исследования следует провести ребенку. Какой антибактериальный препарат будет предпочтительным для данного пациента.</p>
<p>Ответ:</p> <p>Правосторонняя очаговая пневмония на фоне ОРВИ. ДН I степени.</p>

Ситуационная задача №25- УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Ребенок Даша К., 10 лет, заболела 2 дня назад, когда отмечалось повышение температуры до 39,0⁰С, появился насморк, незначительная боль в горле, герпетические высыпания на губах. Принимала парацетамол, анти-ангин. При осмотре состояние средней тяжести, температура 39,4⁰С, пульс 110 в минуту, ЧД 42 в минуту. Предъявляет жалобы на кашель и боли в левом боку, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. При перкуссии отмечается укорочение звука слева книзу от угла лопатки, дыхание в этой зоне ослаблено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз 2. Дополнительные методы обследования 3. Выбор антибактериального препарата 4. Необходима ли госпитализация ребенка?
<p>Ответ:</p> <p>Левосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония. ДН II степени.</p>

Ситуационная задача №26- УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Родители Анастасии С. 3 лет 3 мес. обратились с жалобами на почти постоянный кашель ребенка, практически с рождения. Перенесла пневмонию и несколько бронхитов, при этом всегда заболевание носило затяжной характер. При осмотре: Состояние ближе к удовлетворительному, ЧД 28, ЧСС 100 в минуту, отмечается навязчивый кашель. Температура 36,8⁰С. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные мелко и среднепузырчатые хрипы, перкуторно коробочный оттенок. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. С рождения страдает запорами, при копрологическом исследовании – выраженная стеаторея.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Составьте план обследования.
<p>Ответ:</p> <p>Муковисцидоз.</p>

Ситуационная задача №27 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Ребенок Сергей А., 13 лет, в течение 3х дней беспокоит слабость, утомляемость, потливость, одышка, боли в правом боку при дыхании, повышение температуры тела 38,0-38,4°C. При осмотре пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм рт.ст. ЧДД – 30 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии легких - интенсивное притупление перкуторного звука справа. При пальпации грудной клетки: голосовое дрожание справа внизу не проводится. При аускультации: дыхание над нижними отделами правого легкого ослаблено. При перкуссии сердца: левая граница сердца смещена влево. Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. В анализе крови: лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 13%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 13%, моноциты - 9%, СОЭ - 38 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания?
3. Основные принципы лечения.

Ответ:

Экссудативный правосторонний плеврит.

Ситуационная задача №28 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мальчик 8 лет, госпитализирован с жалобами на кишечное кровотечение (переведен из хирургического отделения). Анамнез заболевания: на протяжении последних 4х лет отмечается примесь крови в стуле в виде прожилок крови на фоне оформленного стула. В течение последних 2х лет в анализах крови отмечается умеренная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, периодически ускорение СОЭ. Наблюдался суставной синдром (крупные суставы) с увеличением СРБ и АСЛО. Примерно 2 месяца назад появился многократный водянистый стул с большим количеством крови, отмечалась слабость, быстрая утомляемость, периодические боли в суставах и похудание. При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие плохое, выраженная слабость, симптомы интоксикации. Рост 131 см, вес 27 кг. Живот участвует в акте дыхания, вздут. При пальпации мягкий, доступен глубокой пальпации, отмечается болезненность по ходу сигмы, которая пальпируется плотным тяжом, мало подвижна, спазмирована. В эпигастральной области умеренная защита.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Hb 95 г/л, эр. $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб. $450 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. $17 \times 10^9/\text{л}$, миелоциты 1%, п/я 9%, с/я 50%, лимф. 31%, мон. 10%, СОЭ 15 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: железо 2,7 мкмоль/л, ферритин 11,5 мкг/л.
3. Коагулограмма: фибриноген 4,75 г/л.
4. Анализ крови на антигенную активность: АНФ отр. (N отр.); ЦИК – 80 Ед (N до 130); pANCA 1/20 (N отр.); AMA 1/20 (N отр.); ASMA отр. (N отр.).
5. Альфа-амилаза мочи: 26.11.08 – 599 Ед/л; 2.12.08 – 330 Ед/л (N 0-447).
6. Анализ кала: реакция на скрытую кровь – положительная. Яйца глистов, остриц и простейшие не обнаружены.
7. Фиброколоноскопия: фиброскоп введен свободно. Осмотрена слизистая толстой кишки на всем протяжении, пройти в подвздошную кишку не удалось, баугиниева заслонка сомкнута. Слизистая толстой кишки на всем протяжении с диффузной пятнисто-точечной гиперемией, обмазана слизью, участками петехий, выраженная кровоточивость на месте взятия биоптатов. Выраженный катаральный колит. Данные биопсии: во всех фрагментах явления острого (обострение) неспецифического воспаления.

Вопросы:

1. Поставьте основной диагноз.
2. Дифференциальная диагностика
3. Перечислите направления патогенетической терапии

Ответ:

Неспецифический язвенный колит, тотальный колит, средне тяжелая форма, высокая активность.
Осложнения: Железодефицитная анемия II степени.

Ситуационная задача №29 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мальчик Ф., 1 года 2 мес, доставлен бригадой «Скорой помощи» в стационар с диагнозом: Пневмония.
Анамнез заболевания: заболел остро сегодня вечером, когда отмечено повышение температуры тела до 38,5°C, появление кашля, насморка, затрудненного дыхания. Вызвана бригада «Скорой помощи», и ребенок срочно госпитализирован с диагнозом: Пневмония.
Анамнез жизни: доношенный мальчик от молодых здоровых родителей, находился на естественном вскармливании до 1 года. Рос и развивался соответственно возрасту, ничем не болел. Профилактические прививки проведены своевременно, в соответствии с графиком.

<p>При осмотре в приемном отделении: состояние ребенка тяжелое. Температура тела 39,5°C, одышка до 35 в 1 минуту, дыхание свистящее, затруднен выдох, цианоз носогубного треугольника. При аускультации выслушивается большое количество среднепузырчатых и мелкопузырчатых влажных хрипов с обеих сторон. Тоны сердца громкие. ЧСС 116 уд/мин. Со стороны других органов и нервной системы без патологии.</p> <p>На рентгенограмме грудной клетки: очаговых инфильтративных теней не выявляется, сосудистый рисунок усилен с обеих сторон, больше в прикорневых зонах, синусы свободны.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Какова предполагаемая этиология заболевания? 3. Основные принципы лечения больного
<p>Ответ:</p> <p>Основной диагноз: ОРИ (РС-вирусной этиологии?).</p> <p>Осложнения: Бронхообструктивный синдром.</p>

Ситуационная задача №30 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Вызов на дом к ребенку проживающему, но не прописанному на территории районной поликлиники. Девочка 1,5 месяцев.</p> <p>Проживали в сельской местности, на хуторе. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсокозом в первой и второй половине. У матери в анамнезе – хронический тонзиллит, во время беременности 2 раза перенесла ОРИ, получала симптоматическое лечение (капли в нос, полоскание горла). Роды домашние, после рождения ребенка поступили в родильный дом. Выписаны на 12 сутки (у матери разрыв промежности, рваные раны). Масса тела ребенка при рождении 3800,0 г, длина – 54 см. Со слов матери, ребенок закричал сразу. В родильном доме к груди девочку приложили на 3 сутки, из-за плохого состояния матери. Сосала вяло. В роддоме проведена прививка против туберкулеза (БЦЖ), взяты пробы на ФКУ и гипотиреоз.</p> <p>За прошедшее время дважды девочка осматривалась по месту жительства фельдшером ФАПа.</p> <p>После приезда в Москву мать заметила, что на коже у ребенка в естественных складках резкая краснота, с мокнутием. В паховых складках – пузырьковые высыпания.</p> <p>При осмотре состояние ребенка ближе к удовлетворительному. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок 3×3 см., не выбухает. Голова брахицефалической формы. Движения в суставах с полным объеме.</p> <p>Кожные покровы влажные, в естественных складках явления «пеленочного дерматита» с выраженной гиперемией и мокнутием. В паховых складках единичные везикулы с серозным содержимым. Слизистые видимые оболочки чистые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см, селезёнка – у края рёберной дуги. Стул нормальный. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Менингеальных знаков нет. Сосет хорошо, молока у матери достаточно.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз. 2. Определите группу здоровья.
<p>Ответ:</p> <p>Везикулопустулез (?).</p>

Ситуационная задача №31- УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<p>Педиатру передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.</p> <p>Мальчику 14 дней. Родился от матери 16 лет (в браке не состоит). Беременность I, протекала с токсокозом в 1-й половине (рвота). В женской консультации не наблюдалась. Роды домашние (в сельской местности в доме подруги). После родов была отправлена машиной скорой помощи в родильный дом по месту пребывания. Сведения о характеристике родовой деятельности отсутствуют. Масса тела при рождении ребенка 3120,0 г, длина – 51 см.</p> <p>При осмотре мать жалуется на беспокойство ребенка, кровянистые выделения из пупочной ранки, недостаток молока. Докормливает смесью Энфамил. Весы дома отсутствуют.</p> <p>Состояние ребенка ближе к тяжелому: крик слабый, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком.</p> <p>Ребёнок правильного телосложения, пониженного питания. Масса тела 2730,0 г (дефицит массы = 16,7%). Толщина подкожной клетчатки на уровне пупка = 0,5 см., тургор тканей снижен.</p> <p>Слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка влажная, вокруг ранки кожа гиперемирована, на пленке сукровичные и серозно-гнийные выделения как отпечаток от пупочной ранки; пальпируются пупочные сосуды. Большой родничок 3,5×3,5 см., не выбухает. Малый родничок 1×1 см. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук лёгочный. Тоны сердца достаточно громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезёнка – у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью</p>
--

зелени. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу, яички в мошонке. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония.

Вопросы:

1. Тактика педиатра.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Определите группу здоровья, к которой следует отнести ребенка.

Ответ:

Диагноз (предварительный): Пупочный сепсис, гнойный омфалит, гипотрофия I степени.

Ситуационная задача №32 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Недоношенный мальчик 3-х суток жизни.

Ребенок от женщины 19 лет, соматически здоровой, от 1 беременности, протекавшей без осложнений. Роды на 35-36 нед беременности, в головном предлежании. Масса тела при рождении 2450 г, длина 45 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Морфофункциональная зрелость: соответствует 33-34 нед гестации.

Группа крови ребенка А (II) Rh-отрицательная, группа крови матери А (II) Rh-положительная.

Состояние при рождении и в течение 1-х суток жизни удовлетворительное. На осмотр реагирует громким криком, безусловные рефлексы новорожденного вызываются, яркие. Физикальные данные без особенностей. Мочился достаточно, стула не было. Сосал самостоятельно, не срыгивал.

К концу 2-х суток жизни появилась легкая иктеричность кожных покровов, которая выросла к третьим суткам жизни. Склеры и слизистая полости рта не прокрашены. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул был, мекониального характера. Моча светлая.

Данные обследования:

1. Анализ крови на 2 сутки жизни: Hb 204 г/л, эр. 5,9Ч10⁹/л, лейкоц. 13,1Ч10⁹/л, п/я 4%, с/я 53%, лимф. 33%, эоз. 3%, мон. 7%, тромб. 280Ч10⁹/л. СОЭ 2 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови на 2 сутки жизни: белок 45 г/л, альбумин 33 г/л, креатинин 40 ммоль/л, СРБ 5 мг/л, мочевины 4,8 ммоль/л, билирубин 215 ммоль/л, прямой билирубин 19 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, ЩФ 136 Ед/л, АСТ 16 Ед/л, АЛТ 21 Ед/л.

Вопросы:

Вопрос 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз.

Вопрос 3. Показано ли обменное переливание крови? Частичное или стандартное? Следует ли продолжить грудное вскармливание?

Ответ:

Конъюгационная гипербилирубинемия недоношенных. Недоношенность 35-36 нед, морфофункциональная незрелость.

Ситуационная задача №33 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечности, периодически повторяющиеся боли в животе.

Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание: сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. А/Д 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно. Анализ крови: Эг-4,2х10¹²/л, тромбоциты -245х10⁹/л, Нв-134 г/л, лейкоциты -10,8х10⁹/л, П-8%, С-60%, Э-4%, Л-22%, М-6%, СОЭ-32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин, анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.

3. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и об основных принципах лечения.

Ответ:

Геморрагический васкулит, кожно-абдоминальная форма.

Ситуационная задача №34 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка, 10 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 4-х лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением. Девочка от 1 нормально протекавшей беременности, родилась в срок с массой 3200 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До года ничем не болела. После года частые ОРЗ. Аллергологический анамнез не отягощен. Матери и отцу по 34 года. Отец страдает поллинозом.

Объективно: состояние девочки средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", размером от 0,5x1,0 см до 3x4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки кровь. Миндалины не выступают из-за дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочеспускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета. В анализе крови: Эр. - $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв-85 г/л, тромбоциты $24,6 \times 10^9/л$, лейкоц.- $8,0 \times 10^9/л$. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Реакция **Грегерикуса** положительная. Анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Составьте план диагностических исследований в стационаре и принципах лечения.

Ответ:

Идиопатическая иммунная тромбоцитопеническая пурпура.

Ситуационная задача №35 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка 14 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на снижение аппетита, повышенную утомляемость, раздражительность, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились примерно полгода назад. Ребёнок из социально неблагополучной семьи, росла и развивалась соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась, стала больше времени проводить за подготовкой к занятиям. Мясные продукты в пищу употребляет редко (в семье мало едят мясной пищи). **Menses** нерегулярные с 12 лет, по 5-7 дней через 27-28 дней, обильные (около 10 прокладок на 2-4 дни).

При осмотре состояние средней тяжести. Девушка пониженного питания (рост – 165 см, вес – 43 кг). Интеллект сохранен, учится в школе хорошо. В контакт с врачами вступает неохотно, замкнута.

Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р. maximum на верхушке. ЧСС – 108 уд/мин., АД – 85/45 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

Общий анализ крови: гемоглобин – 72 г/л, эритроциты – $3,65 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $355 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$, б - 0%, э - 4%, п - 4%, с - 60%, л - 27%, м - 5%, СОЭ – 7 мм/ч. Выявлены: гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. Эритроцитарные индексы изменены: MCV, MCH, MCHC – значительно снижены, RDW – расширена.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки – 1,7 мкмоль/л, ОЖСС – 104 мкмоль/л, ферритин сыворотки – 12 мкг/л, СБР – отр.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте лечение

Ответ:

Железодефицитная анемия (хроническая постгеморрагическая) средней степени.

Осложнения: Астеновегетативный синдром.

Ситуационная задача №36 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

К участковому педиатру обратилась мама с ребёнком 10 лет с жалобами на слабость, утомляемость, плохой аппетит у ребенка. В последнее время отмечается выраженная потливость, кожный зуд, увеличение шейных,

подмышечных лимфоузлов, периодически – боли в животе. Данные симптомы появились примерно 1,5 месяца назад. Температура 37,2-37,5°C в течение 2-х недель. За последние месяцы ребёнок заметно похудел.

При осмотре состояние удовлетворительное, в контакт вступает охотно. Кожа чистая, нормальной окраски. Увеличение шейных лимфатических узлов справа до 2-2,5 см, один узел – 3 см в диаметре. Подмышечные лимфатические узлы – 1,5-2 см. Лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 94 уд/мин. АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка выступает из под края рёберной дуги на 1 см, эластичная. Стул оформленный, ежедневно.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, МСН – 27,3 пг, Ht – 40%, MCV – 90,9 фл, МСНС – 30 г/л, тромбоциты – 230×10^9 /л, лейкоциты – $8,9 \times 10^9$ /л, л – 23%, п – 5%, с – 58%, э – 9%, м – 5%, / СОЭ – 22 мм/ч.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики

Ответ:

Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз).

Ситуационная задача №37 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Гриша М. 8 лет, доставлен бригадой «Скорой помощи» в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания.

Анамнез заболевания: ребенок часто болеет острыми респираторными инфекциями. В течение последнего месяца (после перенесенного стресса) отмечаются слабость, вялость, мальчик похудел, начал много пить и часто мочиться. В последние 3-4 дня, на фоне заболевания ветряной оспой, состояние ребенка резко ухудшилось: появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость, резкая заторможенность, в связи с чем бабушка вызвала бригаду «03».

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (1-я беременность – сестра 15 лет, здорова). Масса тела при рождении 4100 г, длина 52 см. Раннее развитие без особенностей. Вакцинопрофилактика по графику.

При поступлении в отделение интенсивной терапии: состояние очень тяжелое. Мальчик без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожа сухая, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выражена гиперемия кожи в области щек и скуловых дуг. Пульс до 150 уд/мин. АД 70/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона изо рта. Живот при пальпации напряжен. Мочиспускание обильное.

Обследование:

1. **Анализ крови:** Hb 138 г/л, эр. $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $8,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 50%; лимф. - 35%, эоз. - 1%, мон – 10%. СОЭ – 11 мм/ч.
2. **Анализ мочи:** цвет – желтый, реакция – кислая; прозрачность – слабо мутная, отн. плотн. 1035, белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++
3. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 27,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л.
4. **КОС:** рН = 7,1; рО₂ – 92 мм рт.ст., рСО₂ – 33,9 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
4. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?

Ответ:

Сахарный диабет I типа.

Осложнения: Гипергликемическая кетоацидотическая кома.

Ситуационная задача №38 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Братья-близнецы Миша и Коля К., 7 лет 4 мес. Жалобы родителей на ускоренное физическое и преждевременное половое созревание.

Мальчики от III беременности. Масса тела при рождении 2500,0 и 2400,0, рост соответственно 54 и 52 см. С рождения отмечено увеличение наружных гениталий. Мальчики росли крупными и заметно опережали своих сверстников. В 3х-летнем возрасте началось оволосение лобка, увеличение наружных половых органов. Физическое развитие соответствует 13-14 годам; рост 155 и 153 см, масса тела соответственно 38 и 36,5 кг. Костный возраст соответствует 14 годам. На лице и спине множественные *acnae vulgares*. Зубной возраст соответствует 8-9 годам. Постоянные зубы значительно больше молочных. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Значительно выражено оволосение на лобке. Половой член у обоих детей крупный – достигает 8,5 см в длину (как у половозрелого мужчины). Яички 1,5-2 см в диаметре, эластичные. Отмечена задержка интеллектуального развития обоих детей. Дети заторможены, пассивны, иногда излишне агрессивны.

Обследование:

- 1) Резкое повышение 17-КС в моче – у одного до 28,6 мг/сут, у второго – до 27,9 мг/сут.
- 2) Рентгенологическое исследование: умеренная гиперплазия надпочечников у обоих детей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Верифицирующие лабораторные исследования?
3. Основной принцип лечения

Ответ:

Диагноз (предположительно): Врожденная дисфункция коры надпочечников, вирильная форма.

Ситуационная задача №39 - УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мальчик Феликс Т., 10 лет, от II нормально протекавшей беременности. Масса при рождении 3800,0 г, длина - 51 см. С 8 лет стал заметно полнеть. В 10 лет полнота увеличилась особенно интенсивно, появилось покраснение лица, на животе и бедрах – стрии. АД 170/120 мм рт.ст. Рост 150 см, масса 96 кг. Лицо лунообразное. Полосы растяжения на животе, пояснице, груди, плечах, бедрах. На лобке - оволосение. Отложение жира в области груди и живота. Сердце: тоны приглушены, ЧСС = 130 уд/мин.

При рентгенологическом исследовании костей – распространенный остеопороз.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков план обследования ребенка?
3. Определите тактику ведения больного.

Ответ:

1. Ожирение IV степени, эндокринное (явления гиперкортицизма).