



ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра педиатрии ИПО

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАЧ
для итоговой аттестации клинических ординаторов
по специальности ПЕДИАТРИЯ**

Задача №1.

Мальчик 14 лет, обратился по поводу острых, приступообразных, режущих и колющих болей в животе, возникших во время контрольной в школе. Подобные боли отмечались в течение последнего года, связывает с приемом мороженого, холодных напитков и спортивными соревнованиями. Боли возникают после приема пищи через 30 минут, локализуются в правом подреберье и вокруг пупка. Длительность болей обычно не превышает 20-30 минут. Периодически – вздутие живота, склонность к запорам. Мальчик возбужден, эмоционально лабилен. При пальпации живота - болезненность в правом подреберье, в эпигастрии и выше пупка. Пузырные симптомы слабо положительны. Подобные болевые приступы были и у матери.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Назначьте обследование.
4. Какие рекомендации по питанию будут эффективны?
5. Каковы принципы лечения?

Задача №2.

Участковым педиатром осмотрена девочка Ш. в возрасте 18 суток. Из анамнеза: ребёнок родился от молодых здоровых родителей, от второй нормальной беременности (1 беременность 4 года назад, ребёнок здоров). Роды естественным путём в 39-40 недель гестации, без патологии. Масса – 4000 г, длина – 54 см, окружность головы и груди – 34 см соответственно. Клинические особенности при осмотре: снижена двигательная активность, тембр голоса низкий, пастозность век, макроглоссия. При осмотре быстро охлаждается, выраженная мышечная гипотония. Appetit плохой, сосёт вяло, неохотно, не срыгивает. Большой родничок 1,0×1,0 см, эутоничен, малый родничок 0,5×0,5 см, Кожа иктеричная, цианоз носогубного треугольника, мраморность. Видимые слизистые оболочки чистые, обычного цвета и влажности. Язык увеличен в размерах. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, тургор мягких тканей нормальный. В лёгких дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, без хрипов, ЧД – 42 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 97 в минуту. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Пупочная ранка влажная, пупочное кольцо

широкое, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги по среднеключичной линии, край печени не изменён. Физиологические рефлексы вызываются. Самостоятельный стул 1 раз в 2-3 дня. Уровень ТТГ (неонатальный скрининг) – 167 мкЕд/мл; повторно ТТГ (ре-тест) – 187 мкЕд/мл.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Назовите причины указанного заболевания у детей.
4. Назначьте лечение.
5. Диспансеризация детей с указанной патологией.

Задача №3.

В приемное отделение доставлена девочка 13 лет с обильным маточным кровотечением. В последние 1,5 года отмечает частые носовые кровотечения, повышенную «синячковость». Объективно: состояние ребенка тяжелое. Кожа бледная, влажная, с множественными геморрагиями на конечностях, туловище. Геморрагии полиморфные, полихромные. На слизистой рта несколько участков кровоизлияния. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум. ЧСС 90 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. АД 110/68 мм.рт.ст. Живот мягкий, слабо болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Нв - 90 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$, лейкоциты - 11×10^9 , тромбоциты - 32×10^9 , ретикулоциты - 5%. Формула: э-6%, б-3%, п.я.-12%, с.я.-55%, лимфоциты-20%, моноциты-4%. СОЭ-12 мм/ч. ЦП-0,9. Анализы мочи без особенностей.

Задания к задаче:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Оцените анализ крови.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Дифференциальная диагностика?
5. Расскажите принципы диспансеризации пациентки.

Задача №4.

Девочка С., 6 лет поступила на обследование в нефрологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области, животе, субфебрильную температуру в течение недели, частые мочеиспускания, слабость, утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. На первом году жизни у ребенка отмечался атопический дерматит, на 2-ом году – обструктивный бронхит, на 3-ем году появились в анализах мочи

микрогематурия, лейкоцитурия, оксалурия. Наследственность: у матери имеет место неуточненный характер гематурии, а у деда по линии отца диагностирована МКБ. Наблюдалась по месту жительства с диагнозом: инфекция мочевыводящих путей, неуточненного генеза. Получала лечение: амоксициллин, фитотерапия. При объективном обследовании: температура 38,5°C, бледность кожных покровов, сухость, пастозность лица, болезненность правых мочеточниковых точек, а также реберно-позвоночной точки справа. Клинический анализ крови: Нв 122 г/л, Эр $4,1 \times 10^{12}/л$, Л $12,6 \times 10^9/л$ (п/я 9%, с/я 56%, э 2%, л 31%, м 2%), СОЭ 46 мм/час. Клинический анализ мочи: уд. вес 1004, белок 0,8 г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения, эритроциты измененные 8-10 в п/з, бактерии +++.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные общие и лабораторные методы обследования.
3. Проведите дополнительные инструментальные исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите тактику при отсутствии клинического улучшения в течение 48-72 часов от начала лечения.

Задача №5.

Мальчик 14 лет, боли в эпигастрии с 9-летнего возраста. Наследственность отягощена - у дедушки и отца язвенная болезнь желудка. Последний год у мальчика отмечается ухудшение состояния, стал более раздражительным, сон беспокойный, появилось отчетливая сезонность обострений, мойнигановский ритм болей. Последние 2 недели беспокоят интенсивные приступообразные боли в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, поздние; иногда возникает рвота, без примесей крови. При пальпации живота - мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. ФГДС: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК. На слизистой оболочке луковицы ДПК овальной формы дефект размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями. Тест на хеликобактер пилори положительный.

Задания к задаче:

1. Предварительный диагноз?
2. Каков план лечения?
3. Какие препараты наиболее эффективны для подавления кислотности?
4. Обязательна ли эрадикация хеликобактер пилори?
5. Как долго будет проводиться лечение данного обострения?

Задача №6.

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в отделение с выраженными тоническими судорогами. Из анамнеза известно, что девочка от первой

беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 месяцев. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином D3. Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2x2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. Живот «распластан». Печень + 3 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги. Клинический анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр – $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8, Ретик. -2%, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?
4. Расскажите патогенез развития судорожного синдрома?
5. Назначьте лечение.

Задача №7.

Девочка 4 года 4 месяца поступила в стационар с жалобами на сонливость, выпадение волос, слабость, отсутствие аппетита, плохую прибавку в массе и частые простудные заболевания. Беременность матери протекала с анемией во 2 половине. При осмотре: кожа и слизистые резко бледные с мраморным рисунком, подкожно-жировой слой развит недостаточно. При нагрузке появляется одышка, тахикардия до 116 в мин. Волосы сухие и тусклые, ногтевые пластинки истончены, слоятся. При аускультации – систолический шум на верхушке сердца. Со стороны других органов отклонений нет. В развернутом анализе крови: Нв – 65г/л, эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,4, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: э-2, п/я-3, с/я-46, лимф.-45, м-4. СОЭ – 10 мм/час; тромбоциты- 190×10^9 /л; ретикулоциты – 15%, гипохромия +++; анизоцитоз ++. В биохимическом анализе крови: сывороточное железо – 5 ммоль/л.

Задания к задаче:

1. Поставить диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Назовите причинные факторы данного заболевания; критерии степени тяжести и стадии заболевания.
4. Расскажите методы оценки транспортного фонда железа.
5. Укажите срок диспансерного наблюдения.

Задача №8.

Мальчик 8 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстает 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 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, L– 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Предположительная этиология
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Расскажите методы профилактики.

Задача №9.

Пациентка М. 3 года, осмотрена участковым врачом с жалобами на умеренную слабость, боли в эпигастрии, снижение аппетита. При объективном осмотре самочувствие не нарушено. Кожа бледно-розовая, чистая. Краевая иктеричность склер. Со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, доступен пальпации, безболезненный. Печень + 2,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча темная, стул обесцвечен. Из эпид. анамнеза известно, что родители вместе с девочкой приехали из Средней Азии около месяца назад, где ребенок пил некипяченую воду, купался в озере. Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина - 30 мкмоль/л, прямой билирубин – 25 мкмоль/л, АлАТ- 80Ед/л., АсАТ - 64 Ед/л. (норма до 40 Ед/л), тимоловая проба - 8 ед. Маркеры вирусных гепатитов: HBs Ag (-), anti- HCV (-), anti- HAV IgM (+).

Задания к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Оцените результаты приведенных лабораторных методов обследования.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

4. Где может лечиться ребенок? Определите показания для госпитализации. Назначьте лечение.

5. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Задача №10.

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°C, ребенок пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка + 4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены. Клинический анализ крови: Hb - 72 г/л, Эр - $2,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 1,1, Ретик-16%, Лейк – $10,2 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 45%, э - 3%, л - 37%, м - 13%, СОЭ -24 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, билирубин: непрямой - 140,4 мкмоль/л, прямой - нет, свободный гемоглобин - отсутствует. Осмотическая резистентность эритроцитов: снижена. 60% эритроцитов имеют сферическую форму, выраженный микроцитоз.

Задания к задаче:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Тактика ведения пациента, принципы терапии.
4. Прогноз заболевания.
5. Принципы диспансеризации.

Задача №11.

Святослав Ш., 16 лет, эпизоды повышения АД с 14,5 лет (до 180/100 мм рт. ст.), с головной болью, иногда – головокружениями. В течение 5 лет занимается футболом, не курит, не употребляет алкоголь. Наследственность отягощена – у бабушки по линии отца с 30 лет – гипертоническая болезнь, в

возрасте 40 лет – инсульт. До сих пор лечения не получал. Контактный, кожа чистая. ИМТ = 22,4. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 64 в мин., пульсация бедренной артерии адекватная. АД = 124/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный, отправления в норме. Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Глюкоза крови – 4,9 ммоль/л, холестерин – 4,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ЛПНП – 1,3 ммоль/л. На глазном дне: сужение артерий сетчатки, а:в=1:2. По данным ЭХОКГ – полости сердца не расширены, СДЛА 17 мм.рт.ст., ФВ – 68%, масса миокарда ЛЖ – 109 г/м².

По данным СМАД: САД (систолическое АД) ср. дн. – 147 мм рт.ст., ночное – 122 мм. рт. ст. ДАД (диастолическое АД) ср. дн. – 70 мм. рт. ст., ночное – 65 мм рт.ст. Вариабельность САД днем 15 мм рт.ст., ДАД ночью – 16 мм рт.ст. Суточный индекс САД -17%, суточный индекс ДАД – 8%

Задания к задаче:

1. Оцените анамнестические и параклинические данные.
2. Обозначьте круг заболеваний дифференциального диагноза.
3. Назначьте необходимые дополнительные исследования.
4. Обоснуйте диагноз.
5. Назначьте лечение и план диспансерного наблюдения.

Задача №12.

Больной К., 15 лет, госпитализирован в кардиологическое отделение. Два года назад перенес тяжелую ангину, с лихорадкой, регионарной лимфоаденопатией, лечился дома 7 дней ампициллином. Через 2 недели отмечал боль в коленных, затем голеностопных суставах, к врачу не обращался. После медосмотра в военкомате направлен на консультацию к кардиологу. Объективно: астенического телосложения, кожа чистая, бледно-розовая. Температура 36,6 С. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧД – 24 в минуту. При осмотре обращает внимание пульсация сосудов шеи. Верхушечный толчок определяется на глаз, высокий, разлитой, смещен влево на 1,5 см от среднеключичной линии. Аускультативно: отчетливый протодиастолический шум во втором межреберье справа, на верхушке систолический шум. ЧСС 100 уд/мин. АД 120/60 мм. рт. ст. Пульс напряжен, высокий, пульсация капилляров ногтевого ложа. Живот безболезненный, печень +2,0 из-под реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Клинический анализ крови: Hb - 130г/л, эр - 4,2; L - $6,9 \cdot 10^9$; э - 3; л - 58; с/я - 35; м - 4, СОЭ – 10 мм/час. На ЭКГ: синусовая аритмия с ЧСС 76-100. Отклонение электрической оси влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. С чем связана пульсация сонных артерий и как называется данный симптом. Чем может быть обусловлен систолический шум?

4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Обозначьте тактику ведения и лечения больного.

Задача №13.

Ребенок 11 месяцев, поступил в тяжелом состоянии резкой слабостью и выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудным молоком, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок каждые 2 мес. болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ. При осмотре: не сидит, не стоит, масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубов нет. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, «олимпийский лоб», «куриная грудь». При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз), X-образное искривление нижних конечностей. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Границы сердца не расширены. ЧСС - 136 уд/мин. Печень + 4 см из-под реберного края. Селезенка: +2 см из подреберья. Стул через день, «овечий». Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано. Биохимический анализ крови: общий белок - 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600). Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите факторы риска развития указанного заболевания у детей.
3. Какие факторы способствовали развитию заболевания у данного пациента?
4. Чем объяснить грубую деформацию костной ткани?
5. Назначьте лечение.

Задача №14.

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200×10^9 /л, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы

интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Общий анализ крови: Hb - 86 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - единичные, Лейк - 198×10^9 /л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час. Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 мг/л, реакция Панди - +++, бласты - 10%.

Задания к задаче:

1. Назовите предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Расскажите принципы неотложной помощи и терапии пациента.
4. Определите прогноз заболевания.
5. Обозначьте план диспансерного наблюдения.

Задача №15.

Мальчик 2 г, заболел с кашля, приступообразного, навязчивого, на следующий день повысилась температура до 38,5 С, был осмотрен участковым педиатром, назначен макропен, на третий день болезни появилась одышка, недомогание, машиной скорой помощи был госпитализирован в стационар. При поступлении состояние близко к тяжелому, температура 37,6 С, одышка 52-56 в мин, бледный, мраморность кожного покрова, грудная клетка вздута, напряжена, перкуторно коробочный звук, при аускультации мелкопузырчатые хрипы по всем полям. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 148 в минуту. Проведено обследование. Анализ крови клинический: Hb 106 г/л, L $6,4 \times 10^9$ /л, п 27%, с 35%, л 38%, СОЭ 15%.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предположите возбудителя заболевания.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план профилактического наблюдения.

Задача №16.

Оксана С., 4 лет, поступила с жалобами на боли в коленных и голеностопных суставах в течение 6 недель, скованность по утрам до 1,5 часов. При поступлении температура тела 37,5. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 115 в минуту. Выражена отечность коленных и правого голеностопного суставов за счет увеличения объема, баллотация надколенников. Лабораторное исследование выявило: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 46 мм/час, СРБ 2,0 мг/л, ревматоидный фактор (-).

Задания к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените результаты лабораторного исследования.
3. Определите диагностическую тактику.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план диспансеризации ребенка с данной патологией.

Задача №17.

Семён М., 11 лет, осмотрен педиатром в связи с избыточным весом.

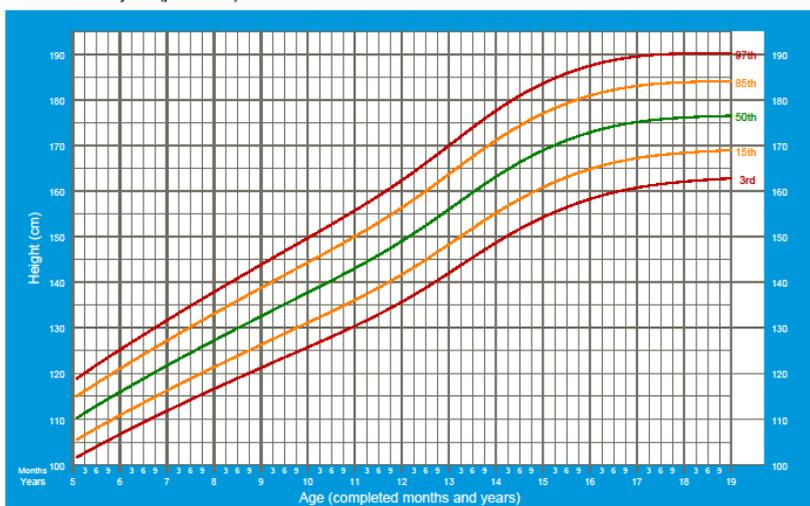
Из анамнеза: двигается мало, диету не соблюдает, предпочитает высококалорийную пищу (выпечка, колбасные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки и др.), аппетит повышен. Жажды нет. У мамы и бабушки (по материнской линии) – избыточный вес, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 142 см, масса тела 65 кг. Память сохранена, обучается в общеобразовательной школе (средний балл 4,7). Кожа обычной окраски, умеренной влажности. На бёдрах, животе – стрии белого цвета. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределён равномерно. Тоны сердца ритмичные, акцентированы, ЧСС 95 уд. в мин., АД 130/80 мм. рт. ст. Костная система без деформаций. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Половое развитие допубертатное. Мочеиспускание свободное, стул ежедневно, оформлен. Биохимический анализ крови: холестерин – 7,6 ммоль/л, индекс атерогенности – 5,8%.

Задания к задаче:

1. Оцените физическое развитие пациента.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Оцените биохимический анализ крови. Что такое индекс атерогенности?
4. Назначьте дополнительное обследование пациенту.
5. Дайте пациенту рекомендации по питанию и образу жизни.

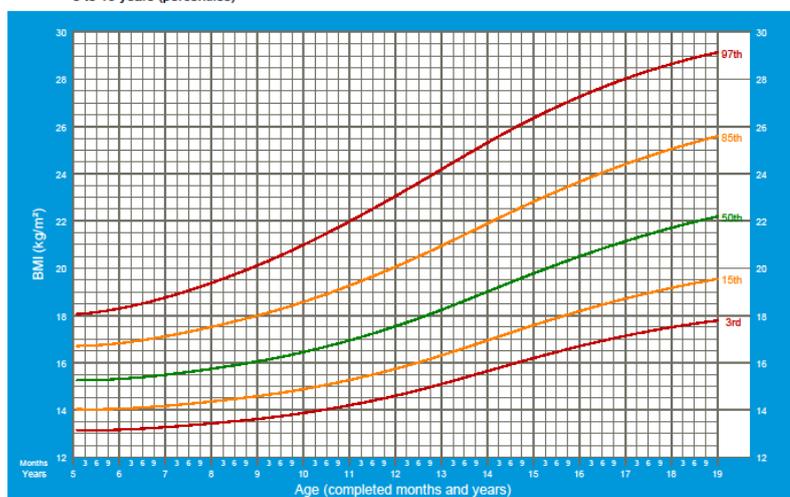
Height-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

Задача №18.

Девочка О., 5 дней, осмотрена участковым педиатром. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричные, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови матери А(II), Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(I), Rh-положительная. Общий анализ крови: Hb - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - $9,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет,

цилиндры - нет. Биохимический анализ крови на 5-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

Задания к задаче:

1. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
2. Поставьте диагноз.
3. Оцените результаты общего анализа крови, общего анализа мочи.
4. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

Задача №19.

На приеме участкового педиатра ребенок в возрасте 2 месяца 1 неделя. Родители высказывают жалобы на появление эпизодов выраженного беспокойства дочери (крик до 4-5 часов во второй половине дня), учащение стула до 5-7 раз в сутки и появление прожилок крови и слизи в стуле в течение 4 дней. Девочка на смешанном вскармливании в течение трех недель – докорм смесью «Фрисовом» по 80мл на кормление. Из анамнеза: родилась от молодых здоровых родителей, 1-й физиологической беременности, на сроке 38 недель. Масса тела при рождении 3150г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, выписана на 4-е сутки. Прибавки в массе – 800г, 750г. Семейный анамнез отягощен – у папы, дяди и бабушки по линии папы аллергический ринит, поллиноз (сенсibilизация к бытовым аллергенам, пыльце березы). При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы чистые, розовые. Температура тела нормальная. Физиологические рефлексы вызываются. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧД – 36 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС – 134 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у 2 см, край эластичный, селезенка не пальпируется. Стул осмотрен – с обилием слизи и большим количеством прожилок крови.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Если для подтверждения диагноза требуются дополнительные исследования – укажите, какие.
3. Назначьте лечение.
4. Объясните, когда будет получен эффект от назначенного лечения.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка.

Задача №20.

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к

груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется беломолочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: Hb - 186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты. Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: не прямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задания к задаче:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
5. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?