**Задача №1**

Марк В., 9 лет поступил в детское отделение стационара. Жалобы на боли в животе, многократная рвота, поносы.

***Анамнез:*** В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы бо­лей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину и 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 разжижен и обильный.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки по возрасту. У матери 34 лет - гаст­рит, у бабушки (по матери) - холецистопанкреатит, сахарный диабет.

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

***Клинический анализ крови:*** Нb - 124 г/л, Ц.п. - 0,88, Эр - 4,2xl012/л; Лейк –6,6х109/л; п/я - 4%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 6%, СОЭ - 12 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плот­ность - 1021; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 78 г/л, альбумины -52%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 120 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, (норма 0-5 ед), общ. билирубин - 16 мкмоль/л (норма от 3,4 до 17,1 мкмоль/л), из них связанный. - 3 мкмоль/л, СРБ (+) (норма менее 5 мг/л).

***Диастаза мочи:*** 128 ед (норма 32-64 ед.).

***УЗИ органов брюшной полости:*** печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58х35 мм (норма не больше 50х30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка - 22 мм (норма 16), тело - 18 мм (норма 14), хвост - 26 мм (норма 18), имеют гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула под­желудочной железы.

***Ретроградная холепанкреатография:*** внепеченочные и внутрипеченочные протоки не расширены. Пузырный проток - длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилятирован, расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

**Задание**:

1. Синдромный диагноз, обоснование. Дифференциальный ряд.
2. АФО поджелудочной железы и печени у детей.
3. Особенности питания детей младшего школьного возраста.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №2**

Володя Н., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в спине, частые и болезненные мочеиспускания, недержание мочи, плохой аппетит, головную боль, тошноту.

***Из анамнеза известно***, что ранее мальчик перенес корь, ветряную оспу. Два года назад прооперирован по поводу камня мочеточника справа. Два раза в год бывает обострение процесса, лечится в стационаре и амбулаторно.

***Осмотр.*** Мальчик бледен, пониженного питания, под глазами «тени», легкая пастозность век. АД 120/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, положительный симптом ХII ребра с обеих сторон. В настоящее время масса тела 37 кг, длина - 149 см, окружность головы- 55 см, окружность грудной клетки – 65 см.

***Клинический анализ крови***: эр. - 3,4 × 10 12  /л, Нb - 96 г/л, лц. - 11,2 × 10 9/л, э.- 6 %, п/я - 7 %, с/я - 63 %, лимф. - 20 %, м - 4 % , СОЭ - 28 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** белок 0,006 г/л, лейкоциты 20- 25 в п./зр., эритроциты единичные в поле зрения.

***Бактериологический посев мочи:*** рост гемолитического стафилококка 1000000 микробных тел / мл. (Оценка (+) больше 100 тысяч бактерий. Оценка (+ -) более 1000, но меньше 100 тысяч. Если результат менее 1000 в 1 мл, то не верно собран анализ).

***Биохимический анализ мочи:*** экскреция аммония 65 ммоль/сут (норма 92,5 — 131,5 ммоль/сут).

***Клубочковая фильтрация:*** - 78 мл/мин (норма 100-120 мл/мин).

***Проба по Зимницкому***: уд. вес - 1012 – 1018, объем мочи 700 мл, дневной 400 мл, ночной 300 мл (норма объем 1000-1500 мл, уд. вес 1011-1025).

***Экскреторная урограмма:*** сужение мочеточника на уровне нижней трети справа, расширение чашечно-лоханочной системы справа, деформация чашечно-лоханочной системы слева.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.

2. Анатомо-физиологические особенности почек и мочевыводящих путей.

3.Особенности питания школьников.

4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.

5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №3**

Наташа Т., 8 лет на приеме у педиатра с мамой. Жалобы на высыпания на коже с сильным зудом.

***Из анамнеза*** известно, что с трехмесячного возраста до 2,5 лет страдала детской экземой. Скарификационная проба с яйцом (+++), провокационный тест с яйцом - положительный. На фоне продолжительной ремиссии ребенку дали апельсин и шоколад, после употребления которых появились кожные высыпания с сильным зудом. Однако отмена этих продуктов не привела к улучшению.

***Осмотр.*** При поступлении в стационар кожа туловища и конечностей сухая, шелушащаяся. На сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области лучезапястных суставов видны папулезная сливная сыпь, лихенификация, трещины. На коже верхней части груди и спины - папулезная сыпь, следы расчесов и кровяные корки. Масса тела – 23,5 кг, длина тела- 124 см.

***Клинический анализ крови:*** гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,0х10 в 12 ст./л, цветной показатель 0,9, лейкоциты 8,2х10 в 9 ст./л, эозинофилы 12%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 47%, лимфоциты 34%, моноциты 5% , СОЭ 6 мм/ч.

***Уровень общего*** ***IgE сыворотки*** 220 ЕД/мл (норма - 70 ЕД/мл).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо- физиологические особенности кожи и придатков.
3. Современная классификация смесей для искусственного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №4**

Максим А., 7 лет. Направлен на консультацию к гастроэнтерологу после осмотра участковым врачом при оформлении в школу. Жалобы на плохой аппетит, запоры.

***Анамнез.*** Ребенок от молодых здоровых родителей. Беременность у матери протекала на фоне анемии (гемоглобин до 95 г/л), получала препараты железа. Мальчик родился доношенным (масса тела 3100 г, длина 49 см; оценка по шкале Апгар 8/9 баллов). На первом году отмечена плохая прибавка массы тела, перенес анемию, рахит 2-й степени с подострым течением, трижды ОРВИ с затяжным течением. После года часто болел простудными заболеваниями (чаще 5 раз в год). ДДУ не посещал. В массе тела по-прежнему прибавляет плохо, отмечена склонность к запорам.

***При осмотре*** мальчик бледен, питание снижено, тени под глазами. Кожные покровы сухие, трещины в углах рта. Язык яркий, сухой, сосочки сглажены. Зев умеренно разрыхлен, слизисто-гнойное отделяемое на задней стенки глотки. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре, умеренно плотные, безболезненные, подвижные. Пульс 102 уд/мин, ритмичный. Границы сердца не изменены. При аускультации ослаблен 1 тон, нежный систолический шум выслушивается над верхушкой и в точке Боткина. Дыхание в легких везикулярное, ЧД 20 в 1 мин. Живот слегка вздут, умеренно болезненный в правом подреберье и около пупка. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, край ровный, острый. Симптомы Ортнера, Кера положительны. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не изменено. Масса тела 17,2 кг, длина тела 115 см.

***Копрограмма***: мышечные волокна ++, нейтральный жир ++, жирные кислоты ++, крахмал внутриклеточный +, крахмал внеклеточный + .

***Клинический анализ крови***: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты 7,4х109/л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 49%, эозинофилы 2%, лимфоциты 44% , моноциты 4% , СОЭ 20 мм/ч.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром увеличения лимфатических узлов.
3. Питание детей младшего школьного возраста.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №5**

Таня Е., 12 лет, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, голеней, редкое мочеиспускание.

***Анамнез.*** От 1 беременности, 1 срочных родов. Наследственность не отягощена. Имеется аллергия в виде крапивницы на апельсины с 2-х лет. 2 недели назад перенесла ангину, лечились дома самостоятельно, за медицинской помощью не обращались. Заболела 3 дня назад, когда появилась слабость, головная боль, отеки. К врачу не обращались. Самостоятельно обратились в приемный покой стационара детской больницы спустя 3 дня.

***Объективно:*** кожа бледная, выраженная отечность лица, голеней, асцит, отечность в области поясницы. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 104 удара в минуту. В легких выслушиваются влажные средне пузырчатые хрипы, ЧД 20 в мин. Масса тела - 42 кг, длина тела – 145 см.

### *Биохимический анализ крови:* общий белок 40 г/л (норма 65-85 г/л), альбумины 15 г/л (норма 30-50 г/л), глобулины 25 г/л, холестерин 8 ммоль/л (норма 3,11-5,18 ммоль/л), мочевина 5,2 ммоль/л (норма 2,5-8,3 ммоль/л), Калий 5 ммоль/л (норма 3,5–5,0 ммоль/л), Na 200 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л).

***Общий анализ мочи:*** кол-во - 20 мл, цвет – мутная, белок 44 г/л; лейкоциты 15 - 20 в п/зр.; эритроциты 2-4 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 4-8 в п/зр.; цилиндры зернистые-2-4 в п/зр.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Клинические синдромы при заболеваниях почек у детей.
3. Особенности питания подростков.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №6**

Наташа Л., 3 года, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 39°С, слабость, рвоту, боли в животе, частые болезненные мочеиспускания.

***Из анамнеза*** известно, что 1,5 месяца назад девочка перенесла скарлатину, 2 раза в течение жизни болела пневмонией, ОРВИ- 5-6 раз в год. У матери девочки хронический пиелонефрит, нефроптоз обеих почек.

***При объективном осмотре:*** кожные покровы бледные, небольшая пастозность век. Масса тела 16 кг 500 гр., длина 80 см, окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 53,5 см. АД на правой руке 80/45 мм. рт. ст. При пальпации мочеточниковых точек справа, вокруг пупка отмечается умеренная болезненность. Положительный симптом XII ребра с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, малыми порциями до 12 раз в день. Дополнительные методы исследования:

***Общий анализ мочи:*** белок - 0,06 г/л; лейкоциты - покрывают все поля зрения эритроциты - единичные в поле зрения.

***Бактериологический посев мочи:*** выделен патогенный стафилококк (1500000 микробных тел/мл) чувствительный к ампициллину. (Оценка (+) больше 100 тысяч бактерий. Оценка (+ -) более 1000, но меньше 100 тысяч. Если результат менее 1000 в 1 мл, то не верно собран анализ).

***Экскреторная урография:*** удвоение мочеточника справа, лоханка и чашечки незначительно расширены.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Высшая нервная деятельность. Развитие интеллекта.
3. Особенности питания детей от 1 года до 3 лет.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №7**

Вера Н., 5 лет на приеме у врача педиатра с мамой. Жалобы на болезненные мочеиспускания, периодические подъемы температуры до 37,5 градусов.

***Из анамнеза:*** ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией и тяжелыми стрессовыми реакциями. Роды в срок, период родов 28 часов, безводный период 14 часов. Девочка находилась на грудном вскармливании до 9 мес., болела редко. С первых дней жизни девочка плохо засыпала, спала беспокойно. При обследовании на первом году жизни невропатолог отмечал стойкий и длительный гипертонус мышц конечностей, выбухание большого родничка, повышение внутричерепного давления, асимметрию рефлексов. В течение последнего месяца непостоянный субфебрилитет, периодически возникает боль при мочеиспускании. В течение последних 2-х лет в дневные часы учащено мочеиспускание (до 30 раз).

***Объективно:*** ребенок пониженного питания, заикается, выражен гипергидроз ладоней и стоп, небольшая пастозность под глазами. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Пальпация нижних мочеточниковых точек болезненна. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. При осмотре наружных половых органов в присутствии матери ребенка и мед. сестры у девочки имеется покраснение в области внутренних половых губ и мочеиспускательного отверстия. Видимых выделений из влагалища и уретры не видно. Масса тела 19 кг, длина 106 см, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 55,5 см. Взят мазок по Cito! детским гинекологом из влагалища.

***Общий анализ мочи***  - белок 0,033 г/л, лейкоциты - 15-20 в поле зрения.

***Мазок из влагалища*** – лейкоциты 25 в п/зр (норма до 10), лактобациллы снижены, дрожжи в большом количестве, эпителий плоский 6 в п/зр, эпителий промежуточный 5 в п/зр, слизь ++.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Нарушение терморегуляции у детей.
3. Десять принципов успешности естественного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №8**

Таня С., 14 лет, доставлена в стационар с жалобами на тошноту, многократную рвоту, боли в животе, сильную жажду и частое мочеиспускание, слабость, отказ от еды.

***Из анамнеза.***  Со слов матери девочка больна третий день, стула не было. Состояние ухудшилось после детского праздника, где девочка ела много сладкого (виноград, бананы). В 3 года 6 мес. девочка перенесла ОРВИ с фебрильными судорогами, до 7 лет получала фенобарбитал. С 11 лет наблюдается эндокринологом по поводу увеличения щитовидной железы 2-й степени (эутиреоз). Последние 2 месяца, девочка жалуется на боли в животе натощак. Наследственность отягощена: у дяди сахарный диабет.

***Объективно*** ***в приемном отделении:*** Масса тела 45 кг, длина тела 158 см. Состояние очень тяжелое, в сознании, но заторможена. Слизистые сухие, глаза запали, склеры инъецированы. Ригидность затылочных мышц. Одышка, число дыханий 48 в 1 мин, дыхание глубокое и шумное. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца приглушены; пульс 120 уд/мин. АД 100/75 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет.

***При срочном лабораторном обследовании*** уровень сахара крови 17,6 ммоль/л (норма 3,3 – 5,5 ммоль/л), ацетон мочи (+++) .

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы.
3. Естественное вскармливание: биологические и психологические преимущества.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №9**

Наташа Д., 11 лет, жалобы на слабость, утомляемость, ухудшение аппетита и сна, боли в ногах, повышение температуры до 38 градусов.

***Из анамнеза*** находилась на лечении в местном санатории, куда была переведена через 1,5 мес. от начала первой атаки ревматизма, протекавшей с миокардитом и полиартритом. Самочувствие было удовлетворительным, жалоб не предъявляла. Через 4 недели после ОРВИ появились указанные жалобы.

***При осмотре*** масса тела – 30 кг, длина тела – 138 см. Лечащим врачом отмечено изменение аускультативных данных со стороны сердца: выслушиваемый ранее систолический шум приобрел дующий характер, лучше выслушивается в четвертом межреберье, слева у края грудины. Шум постоянный почти не изменяется от перемены положения тела.

***Клинический анализ крови:*** СОЭ - 20 мм/ч.

***С реактивный белок*** ++.

***На ФКГ*** шум высокочастотный, занимает 2/3 систолы, по форме овальный, затухающий.

***На эхокардиограмме:*** изменение створок (утолщение, “лохматость”), увеличение размеров левых камер сердца, высокая амплитуда открытия митрального клапана.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Хроническая сердечная недостаточность: причины развития, клинические проявления.
3. Опасности искусственного вскармливания ребенка.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №10**

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

***Из анамнеза*** известно, что родители и родная сестра мальчика пол­ные. В семье много употребляют сладкого, жирного, кондитерских изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

***Осмотр:*** Длина тела 142 см, масса тела 60 кг, окружность живота 95 см. Кожные покровы бледно розовые, чистые, умеренно влажные. Подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Сумма четырех складок 118 мм. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

***Клинический анализ крови:*** Нb 130 г/л, Эр 3,9·l012/л, Лейк 5,5·109/л; п/я 1%, с/я 52%; э 5%, л 37%, м 5%, СОЭ 4 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** цвет желтый, прозрачность хорошая; удельный вес 1015, реакция кислая; белок нет, сахар нет, ацетон отрицателен.

### *Биохимический анализ крови:* глюкоза 5,2 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л), натрий 137,0 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л), калий 5 ммоль/л (норма 3,5–5,0 ммоль/л), общий белок 65,0 г/л (норма 65-85 г/л), холестерин 7,6 ммоль/л (норма 3,11-5,18 ммоль/л).

***ЭКГ:*** нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

***УЗИ желудочно-кишечного тракта:*** размеры печени увеличены; паренхима подчеркнут рисунок внутрипеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки у детей.
3. Принципы рационального питания детей при ожирении.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №11**

Ребенку 1 месяц, находится на грудном вскармливании. Жалобы матери на примесь зелени в стуле ребенка.

***Из анамнеза.*** Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина тела 53 см. Приложен к груди на родовом столе, находится на исключительно грудном вскармливании. За месяц прибавил 800г.

***При осмотре***. Удовлетворительного питания, самочувствие не страдает, сон и аппетит сохранены. Стул до 4 раз в сутки, кашицеобразный с зеленью. Мочится 20-25 раз в сутки со слов мамы.

***При исследовании кала на дисбиоз*** выявлен золотистый стафилококк 103 КОЕ/г кала.

***У матери при посеве молока*** выявлен эпидермальный стафилококк (225 колоний в 1 мл молока).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности тонкого и толстого кишечника у детей.
3. Абсолютные и относительные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери и ребенка.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №12**

Ира Д., 6 лет на приеме у детского гинеколога в поликлинике с мамой. Жалобы на увеличение молочных желез, кровянистые выделения из влагалища.

***Из анамнеза***: Девочка от 1-й беременности, протекавшей без осо­бенностей, преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г, рост 46 см. Раннее развитие без особенностей. В 5 лет перенесла сотрясение мозга. В те­чение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и пе­риодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов. К врачу не обращались.

***Осмотр:*** длина тела 130 см, масса тела 28 кг. Вторичные половые признаки: Р2, Ахо, Ма2, Ме с 6 лет, II стадия по Таннеру.

***Клинический анализ крови:*** Нb 130 г/л, Эр 4,1·l012/л, Лейк 5,5·109/л; п/я 1%, с/я 52%, э 1%, л 41%, м 5%. СОЭ 4 мм/час.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Половое развитие девочек: методы оценки полового созревания.
3. Особенности питания дошкольников.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №13**

Марина К. 6 месяцев, госпитализирована по направлению врача детской неотложной помощи с диагнозом: «ОРВИ, судорожный синдром».

***Из анамнеза.*** Больна третий день: на фоне умеренно выраженных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и фебрильной лихорадки (максимальный подъем температуры тела – 38,3 С) возникли кратковременные клинические судороги с потерей сознания. Родители ребенка являются троюродными братом и сестрой. У матери и отца ребенка темные волосы и карие глаза. Со слов матери у ребенка с рождения отмечена склонность к запорам.

***При осмотре.*** В отделении состояние девочки оценено как среднетяжелое. Признаки ОРВИ ликвидированы за 4 дня пребывания в стационаре. При исследовании ребенка педиатром и детским неврологом обнаружено отклонение в развитии девочки. У девочки светлые волосы, голубые глаза и очень светлая кожа. Девочка по антропометрическим показателям – микросоматик. В 6 мес ребенок не сидит, не ползает, плохо переворачивается, прорезывавание зубов не намечается. Девочка редко гулит, лепетная речь отсутствует, мимика бедная. Выражены проявления аллергодерматоза. Несмотря на отсутствие рахита, ребенок легко потеет. Пот имеет своеобразный запах (мышиный). Легко возникает «мраморность» кожи и акроцианоз.

***Биохимический анализ крови*** кальций общий 2,5 ммоль/л (норма 2,1-2,7 ммоль/л).

***Анализ ликвора:*** бесцветный, прозрачный, плотность 1007, слабощелочная, белок 0,2 г/л, глюкоза 2,9 ммоль/л, хлориды 125 ммоль/л, цитоз 7 клеток/3 мкл, нейтрофилы 3%, лимфоциты 65%, моноциты 33%.

***Содержание фенилкетонов в крови*** 2,3 ммоль/л (норма до 0,56 ммоль/л)

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Нарушения обмена белков и аминокислот у ребенка.
3. Принципы питания детей при фенилкетонурии.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №14**

Вика Р., возраст 1 год 1 месяц, поступила в клинику с жалобами на беспокойство, потерю аппетита, снижение массы тела, разжиженный светлый стул 3-4 раза в день.

***Из анамнеза.*** Девочка от немолодых родителей (матери 41 год, отцу-54), мать длительно лечилась по поводу хронического невынашивания. Беременность 6-я (1-м/а, 2-4 – выкидыши на различных сроках). Для сохранения беременности проводилась гормональная терапия. Отмечены проявления токсикоза (отеки, подъемы АД). На 38 – 39 неделе было проведено плановое кесарево сечение в интересах плода по совокупности показаний. Масса тела новорожденной 4200 г, длина 53 см. оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Грудное вскармливание проводилось до 3 мес, затем – искусственное без аллергических реакций. Держит голову с 2 мес, сидит с 5,5 мес, стоит с поддержкой с 8 мес. масса тела в 6 мес – 8400 г при росте 67 см. В возрасте 5 мес был введен первый прикорм – овощное пюре, 6 мес – каша (манная, овсяная, гречневая, пшеничная). С возраста 7 мес у девочки постепенно ухудшился стул – стал пенистым, светлым, с неприятным запахом и жирным блеском, 5-7 раз в день. С этого же возраста начала терять в массе. Масса тела к 12 мес 7300 г, длина 71 см. девочка стоит при поддержке, самостоятельно не ходит. Эмоциональный статус резко снижен – раздражительно, плаксива. От еды отказывается. Получила 3 курса лечения ферментами (панкреатин, фестал) и биопрепараты (бифидумбактерин, бактисубтил). В 9 мес. введен мясной продукт. К 1 году имела 2 молочных кормления и 3 прикорма (каши, овощи, мясо), однако прибавки массы не было.

***При осмотре*** ребенок резко пониженного питания. Жировой слой на туловище отсутствует, на конечностях слабо выражен. Тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно, выражены мраморность и сухость кожи, нарушена пигментация кожи на груди и лице. Видимые слизистые бледные, сухие. Сосочки языка сглажены, зев без катаральных явлений. Зубы 2/2 с дефектами эмали. Пульс 134 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца глухие. Систолический дующий шум над верхушкой сердца. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот резко вздут, увеличен в размере (это придает ребенку вид «паучка»), при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Печень пропальпировать не удается, перкуторно – на 3,5 см ниже края реберной дуги.

***Копрология.*** Стул кашицеобразный, серый, неприятный запах, детрит ++, мыла +++, непереваренная клетчатка +++, йодофильная флора +++, лейкоциты 5-7 в п/зр.

***Сахар крови*** 3,9 ммоль/л (норма 3,3 – 5, 5 ммоль/л).

***Антитела к дезамидированным пептидам глиадина класса IgG***  340 отн. Ед/мл (норма 0.3 отн. ед/мл-200 отн. ед/мл).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный дианоз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром мальабсорбции.
3. Принципы питания детей при целиакии.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №15**

Максим П., 10 лет, поступил в отделение. Жалобы на сыпь, носовое кровотечение.

***Из анамнеза*** известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь.

***При поступлении*** состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные эле­менты. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Масса тела 35.5 кг, длина тела 143 см.

***Клинический анализ крови:*** Нb 101 г/л, Эр 3,2х1012/л, Тромб 12х1012/л, Лейк 6,4х109/л, п/я 2%, с 59%, э 3%, л 27%, м 8%, СОЭ 5 мм/час.

***Миелограмма:*** костный мозг клеточный, бластные клетки 2%, нейтрофильный росток 62%, эозинофильный росток 4%, лимфоциты 5%, эритроидный росток 27%, мегакариоциты 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

***Общий анализ мочи***: цвет соломенно-желтый, удельный вес 1008, белок нет, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 2-4 в п/з, эритро­циты нет, цилиндры нет, слизь нет, бактерии нет.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Геморрагический синдром.
3. Особенности питания детей при ЖДА.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №16**

Маша К., 4 дня, находится в родильном доме с матерью. Жалобы матери: сосет вяло, появилась рвота фонтаном.

***Из анамнеза***. От 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось.

***При осмотре*** было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Дыхание поверхност­ное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мяг­кий, печень + 2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

***Клинический анализ крови***: Нb 115 г/л, Эр 5,0хl012/л, Лейк 9,5хl09/л; п/я 2%, с/я 50%, э 2%, л 38%, м 8%.

***Биохимический анализ крови***: общий белок 55 г/л (норма 65-85 г/л), холестерин 4,7 ммоль/л (норма 3,11-5,18 ммоль/л), глюкоза 4,4 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л), натрий 130,0 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л), калий 6,0 ммоль/л (норма 3,5–5,0 ммоль/л).

***Величина экскреции с суточной мочой***:

17-КС - 7,5 мкмоль (стандарт 4,1±0,3); 17-ОКС - 0,5 мкмоль (стандарт 3,2±10,2).

***Кариотип***: 46 XX.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Методы скрининг исследований на наследственные заболевания у новорожденных.
3. Понятие об искусственном вскармливании, основные ошибки при назначении смесей.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №17**

Роман Т., 8 лет на приеме с мамой у аллерголога в поликлинике. Жалобы на редкий сухой кашель, плохой аппетит, утомляемость после школьных занятий, снижение внимания.

***Из анамнеза:*** Мальчик 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 приступы удушья. Неоднократно госпитализировался в аллерго-пульмонологическое отделение. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), в связи с чем мальчик обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. Ребенок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β2 – адреномиметики, ингаляционные глюкокортикостероиды.

***При осмотре:*** объективно ребенок астенического телосложения, в контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз, акроцианоз. Дыхание жесткое по всем полям, единичные «свистящие хрипы» с обеих сторон. ЧД 26 в минуту. Пульс 98 уд. в минуту, АД 110/65 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Антропометрия: Масса тела 34 кг; длина тела 104 см.

***При проведении аллергических проб*** выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, полыни, амброзии.

***Пикфлоуметрия:*** показатели в желтой зоне.

***Общий Ig E*** 147 ЕД/мл(норма 16-60 ЕД/мл).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром дыхательной недостаточности, степени, диагностика.
3. Объясните понятия гипоаллергенный быт и гипоаллергенная диета.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №18**

Тимур 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, снизился аппетит. 2 недели назад родители заме­тили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°С, увеличились под­челюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200xl09/л, 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. Масса тела 43 кг, длина тела 158 см.

***Клинический анализ крови***: Нb 86 г/л, Эр 3,2х1012/л, Тромб единич­ные, Лейк 208х109/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 100%.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром увеличения лимфатических узлов.
3. Особенности питания школьников.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №19**

Ксения А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

***Из анамнеза*** известно, что в течение последних 6 месяцев девочка ста­ла часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

***При поступлении*** состояние ребенка тяжелое. Температура 38,4 градуса. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кро­вотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Перифе­рические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслуши­вается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, пе­чень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Масса тела 45 кг, длина тела 148 см.

***Клинический анализ крови***: Нb 72 г/л, Эр. 2,8xl012/л, Ретик. 0,2%, Тромб. единичные, Лейк. 1,3х109/л, п/я 1%, с 4%, л 95%, СОЭ 35 мм/час.

***Миелограмма***: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, мегакариоциты не найдены.

***Общий анализ мочи***: цвет желтый, уд. вес 1018. Белок следы, эпителий плоский 2-4 в п/з, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты 25-30 в п/з, цилиндры нет, слизь нет, бактерии нет.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика поражения органов кроветворения у детей.
3. Отличия грудного молока от молока сельскохозяйственных животных.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №20**

Вадим К., 6 лет, поступил в клинику для обследования. Жалобы на кашель, приступообразный.

***Из анамнеза.*** Мальчик от первой нормально протекавшей беременности. Родился в срок с массой тела 3450 г. Период новорожденности протекал гладко. Грудное вскармливание до 10 мес. С 3 мес до 1 года наблюдались проявления атопического дерматита. Инфекционными болезнями не болел. Мать ребенка страдает крапивницей и отеками Квинке. У сестры бабушки по линии матери - бронхиальная астма. У мальчика с 3,5 лет появились приступы навязчивого кашля, главным образом по ночам. Пароксизмы кашля сопровождались покраснением лица, иногда рвотой. Приступы кашля возникали в основном поздней осенью, зимой и ранней весной. Летом при выезде на дачу кашель прекращался. По поводу обострений мальчика неоднократно лечили антибиотиками, но эффекта не наблюдалось. В квартире, где проживает ребенок, много мягкой мебели, ковров, картин, цветов. В клинике кашель отмечался только в первую ночь, более не повторялся.

***При осмотре*** в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Со стороны других органов - без отклонений. Масса тела 24 кг, длина тела 130 см.

***Клинический анализ крови:*** Эр. 4,1х10 /л, Нв 130 г/л, Лейк.5х10 /л, Б 2%, Э 14%, П 1%, С 27%, Л 49%, М 7%.

***Рентгенограмма органов грудной клетки:*** легочная ткань прозрачна, в прикорневых отделах сосудистый рисунок усилен, сердце и крупные сосуды без отклонений.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности системы дыхания у детей старшего возраста.
3. Состав грудного молока.
4. . Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №21**

Роман Р., 1 год .3 мес. поступил в отделение с жалобами на значительное снижение аппетита, рвоту, утомляемость, потерю массы на 2 кг.

***Из анамнеза известно***, что мальчик от второй беременности и родов, протекающих физиологически. В массе прибавлял хорошо, ходит с 9 месяцев. Был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ, которая сопровождалась умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечается жидкий стул, температура 37,2 - 37,5° в течение 3 дней с этого времени, отмечалась рвота, по ночам приступы кашля и беспокойства. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. Был сделан анализ крови в поликлинике. Анализ крови: Нв - 100г/л лейк - 6,4 × 10 9/л э - 1 % п - 2 % э - 1% б - 1% с - 43 % л - 40 % м - 3 % СОЭ – 14 мм/час. Накануне поступления состояния мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечается повторная рвота, выявлена гепатомегалия (печень + 7 см из-под края реберной дуги). С диагнозом "железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован.

***Осмотр при поступлении.*** Состояние тяжелое. Выражены вялость, цианоз носогубного треугольника, на голенях отеки, в легких жестковатое дыхание, в нижних отделах влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС 160 в 1 мин. Печень + 7 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен. Масса тела 9 кг, длина тела 77 см.

***Клинический анализ крови:*** Нв 100 г/л лейк 6,3 × 10 9/л п/я 2% э 1% с 48 % л41 % м 8 % СОЭ 10 мл/час.

***Общий анализ мочи:*** уд.вес 1015, белок, глюкоза отсутствуют, лейк.1-2 в день, эр.0.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Сердечная недостаточность, классификация, клиника.
3. Гипогалактия, профилактика, принципы лечения.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №22**

Виталий Т., 12 лет поступил в клинику с жалобами на головную боль, слабость, тошноту.

***Из анамнеза.*** Головные боли беспокоят в течение двух лет. Последние полгода головные боли заметно усилились, появились боли в сердце, одышка, быстрая утомляемость при ходьбе, стали зябнуть ноги. Дважды наблюдалось кратковременное носовое кровотечение.

***Объективно:*** хорошо развит плечевой пояс, широкая грудная клетка, усилена пульсация сонных артерий. Масса тела 23 кг, длина тела 135 см. Левая граница относительной сердечной тупости определяется на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, акцент 2 тона на аорте. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится и отчетливо слышен в межлопаточном пространстве слева на уровне 2 и 3 грудных позвонков. Пульс на лучевых артериях напряжен, 90 в 1 мин, АД 160/100 мм. рт. ст.

***ЭКГ:*** ритм синусовый, 89 в минуту, эл. ось сердца не отклонена, гипертрофия левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде.

***Суточный мониторинг АД:*** признаки явной артериальной гипертензии днем и ночью, усиливаются при физической нагрузке.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Классификация врожденных пороков сердца.
3. Абсолютные и относительные противопоказания к кормлению грудью.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №23**

Максим 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 заменное 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°С, 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. Масса тела 13 кг, длина тела 92 см.

***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***: Нb 72 г/л, Эр 2,0xl012/л, Ц.п. 1,1, Ретик 16%, Лейк 10,2х109/л, п/я 2%, с 45%, э 3%, л 37%, м 13%, СОЭ 24 мм/час. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

***Биохимический анализ крови****:* общий белок 82 г/л (норма 65-85 г/л), билирубин общий (норма от 3,4 до 17,1 мкмоль/л): не­прямой 140,4 мкмоль/л, прямой нет, свободный гемоглобин отсутству­ет.

***Осмотическая резистентность эритроцитов***: min - 0,58, max - 0,32 (В норме гемолиз начинает происходить при концентрации хлорида натрия 0,46 - 0,42% и полный гемолиз при 0,32 - 0,3%. Понижение осмотической резистентности (разрушение эритроцитов и появление гемолиза) при более высокой концентрации хлорида натрия (0,70 - 0,75%) происходит при наследственном микросфероцитозе, некоторых несфероцитарных наследственных гемолитических анемиях, аутоиммунной гемолитической анемии).

.**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром желтухи у детей.
3. Правила сцеживания грудного молока, принципы создания индивидуального банка молока.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №24**

Александра С., 14 лет, поступила в клинику с жалобами на синяки на коже, головную боль, рвоту, повышение температуры до 38,5 градусов.

***Из анамнеза.*** Заболела 1,5 месяца назад, когда впервые появились кровоизлияния на коже и слизистых оболочках. За день до поступления в клинику состояние резко ухудшилось, присоединились резкие головные боли, рвота, повысилась температура.

***При поступлении*** состояние больной тяжелое, она заторможена, на вопросы отвечает с трудом. На коже туловища и конечностей – обильные геморрагии различной величины и давности, от петехий до обширных экстравазатов (10 х 12 см). Точечные кровоизлияния на слизистых щек. Нерезкая анизокория (S>D), двусторонний птоз век (больше справа), сходящееся косоглазие, диплопия, сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы на руках живые, коленные не вызываются. Симптом Кернига положительный с обеих сторон. Небольшая ригидность затылочных мышц. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум. Легкие без особенностей. Печень и селезенка не увеличены. Масса тела 65 кг, длина тела 170 см.

***Клинический анализ крови:*** эр. 3,5 х 1012/л, Hb 106 г/л, ц.п. 0,9, ретикулоциты 3,6 %, тромбоциты 18,5 х 109/л, лейкоциты 11,5х109/л, э 1; п/я 5; с/я 67; л 20; м 7; СОЭ 15 мм в час.

***Свертываемость крови по Ли-Уайту в стеклянной пробирке:*** начало 3 мин., конец – 5 мин. (норма 5-7 минут).

***Длительность кровотечения по Дуке*** – более 10 минут (в норме не более 4 минут).

***Ретракция кровяного сгустка*** не наступила (норма 45-65%).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Менингеальный синдром.
3. Принципы оценки адекватности питания у детей.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №25**

Нина В., 6 лет поступила на обследование в гастроцентр с жалобами на боли в животе в течение 2 мес с нечеткой локализацией, отрыжку воздухом, иногда рвота, тошнота, снижение аппетита, беспокойный сон.

***Из анамнеза.*** Режим питания в семье не соблюдают, часто употребляют консервированные и копченые продукты. Отец постоянно покупает девочке сухие концентрированные соки, газированные напитки. Из анамнеза известно, что на первом году жизни девочка наблюдалась неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии. С двух месячного возраста находится на искусственном вскармливании. Дисбиоценоз кишечника до 1,5 лет. В возрасте 5,5 лет начала посещать детский сад. Отношение к детскому саду отрицательное (конфликт с детьми в группе).

***При осмотре:*** неотчетливая болезненность вокруг пупка и в эпигастральной области; Масса тела 16 кг, длина тела 120 см. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, обычного цвета.

***Анализы кала на яйца глистов и лямблии*** отрицательные.

***рН - метрия желудка*** в пределах возрастной нормы.

***ФГДС*** – катаральные изменения на слизистой оболочке желудка.

***Уреазный тест*** отрицательный.

***УЗИ органов брюшной полости*** – без патологии.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Диспепсический синдром.
3. Классификация лечебных смесей у детей до 1 года.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №26**

Валерий К., 6 мес. осмотрен врачом приемного покоя детской больницы. Жалобы матери на кашель, шумное дыхание, беспокойство.

***Из анамнеза.*** Болен третий день: затруднение носово­го дыхания, необильные слизистые выделения из носа, редкий сухой кашель, температура тела 37,5оС. С третье­го дня болезни состояние ухудшилось: кашель приоб­рел характер спастического обертона, появилась и быстро наросла одышка до 80 в 1 мин. Ребенок стал беспокойным, была однократная рвота. Со слов мамы: такое состояние у ребенка впервые. Находится на грудном вскармливании. Острая респираторно-вирусная инфек­ция в легкой форме 3 недели назад.

***При осмотре*** состояние ребенка тяжелое. Температура тела 37, 3оС. Кожные по­кровы, слизистые оболочки губ и полости рта синюш­ные. Дыхание шумное, «пыхтящее», поверхностное, с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспо­могательных мышц (крылья носа, плечевой пояс), втяжением межреберных промежутков. Грудная клетка вздута, над легкими — коробочный оттенок перкуторного звука, границы сердечной тупо­сти уменьшены, верхние границы печени и селезенки смещены вниз на одно межреберье. При аускультации дыхание жесткое, выдох резко удлинен, на вдохе и выдо­хе с 2х сторон выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сер­дца звучные, частота сердечных сокращении 172 в 1 мин, акцент I тона над легочной артерией. Границы сердца со­ответствуют возрасту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей. Масса тела 8, 2 кг, длина тела 69 см.

***Рентгенограмма грудной клетки*** – Диффузно усилен легочный рисунок за счет бронхососудистого компонента, мелкие ателектазы.

***Сатурация кислорода*** 78%.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика поражения органов дыхания у детей до 1 года.
3. Особенности питания кормящих матерей.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №27**

Николай Ф., 12 лет поступил по скорой помощи в приемный покой стационара. Жалобы на резкую слабость, головокружение, головная боль, бледность, холодный пот, тремор рук, рвоту, отеки, красный цвет мочи.

***В анамнезе*** - частые ОРВИ, отит. В 9 лет после ангины впервые выявлены изменения в моче: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как обменную нефропатию. В дальнейшем появились вялость, головные боли. К врачу не обращались. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ.

***При осмотре*** вялый, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, пастозность лица и голеней, АД 150/110 мм рт.ст, олигурия, макрогематурия.

***Общий анализ мочи*** ***по cito!*** выявлена протеинурия 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Хроническая почечная недостаточность, клиника.
3. Питание беременных женщин.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №28**

Вика П., 9 лет поступила в клинику с жалобами на приступ резчайших болей в животе, сопровождающихся тошнотой и рвотой.

***Из анамнеза.*** Ребенок живет в семье, где трое детей болели лямблиозом. Девочка в возрасте 3 лет тоже лечилась по поводу лямблиоза. В течение последних 6 лет у девочки отмечались признаки интоксикации: частая тошнота и головная боль, субфебрилитет, упорная анорексия, потливость, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, периодически отмечали проявления нейродермита в локтевых сгибах.

***Объективно:*** Масса тела 19,3 кг, дина тела 123 см. При пальпации живота: печень увеличена на 2 см, резко выражены «пузырные» симптомы. Кожа в локтевых сгибах сухая, шелушится.

***При исследовании кала*** обнаружены цисты лямблий.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром «острого живота», клиника.
3. Особенности питания детей школьного возраста.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №29**

Виолетта Н., 5 лет осмотрена педиатром поликлиники впервые в связи с тем, что семья переехала на постоянное место жительства из другого района. Жалоб мама ребенка не предъявляет.

***Из анамнеза.*** Ребенок от 2 беременности, вторых родов. До настоящего времени проживали в другом районе. Роды проходили дома. За медицинской помощью и наблюдением ребенка не обращались по религиозным причинам. С раннего возраста девочка страдает склонностью к запорам.

***При осмотре*** обращает на себя внимание низкий рост ребенка (100 см), масса тела 15, 5 кг, непропорциональное строение тела (короткие конечности при относительно длинном туловище, короткая шея, короткие пальцы рук), широкая переносица и узкие глазные щели с припухшими верхними веками. Кожа сухая, шершавая, холодная. Живот вздут, расхождение прямых мышц живота, расширенное пупочное кольцо. АД 90/50 мм.рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены, над верхушкой и в третьем межреберье выслушивается систолический шум функционального характера. Пульс 68 уд. /мин. Девочка мало говорит, фразы строит из одного- двух слов; не знает, сколько ей лет и как зовут маму.

***При гормональном исследовании крови:*** Т3 -1,6 пмоль/л (норма 2,6-5,7 пмоль/л), Т4 – 7,1 пмоль/л (норма 9-22 пмоль/л), ТТГ- 5,7 мЕд/л (норма 0,4 – 4,0 мЕд/л).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей.
3. Биологические и психологические преимущества грудного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №30**

Вероника М., 13 лет поступила в детское эндокринологическое отделение с жалобами на слабость, жажду, учащенное мочеиспускание, онемение конечностей.

***Из анамнеза.*** Сахарный диабет 1 типа выявлен около 5 лет назад. Декомпенсация отмечена после ОРВИ в течение 2 недель. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. В возрасте 11 лет девочке была проведена трансплантация β-клеток. Ранние периоды развития – без особенностей. Наследственность отягощена: у обеих бабушек сахарный диабет II типа.

***Осмотр.*** При поступлении состояние средней тяжести. Кожа сухая, слизистые влажные. Слабый запах ацетона изо рта. Тоны сердца приглушены. Щитовидная железа увеличена до I-II степени. Дыхательная система без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Масса тела 35 кг, длина тела 162 см.

***Клинический анализ крови -*** гемоглобин 132-157 г/л, лейкоциты – 4,3-5,0х109/л, СОЭ 18-20 мм/час;

***Биохимический анализ крови*** - протеинограмма без особенностей; холестерин – 5 ммоль/л (норма до 4,4 ммоль/л), мочевина – 5,3 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л), креатинин – 38 мкмоль/л (норма 27–62 мкмоль/л).

***Анализ мочи:*** удельная плотность – 1020-1031, ацетон +++, сахар полож., лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроцитов нет, единичные гиалиновые цилиндры, белок 0,66 -0,99 г/л.

***Суточная протеинурия*** – 840 мг (норма 300 мг).

***По данным тепловидения*** – признаки ангиопатии нижних конечностей, более выраженные справа. При неврологическом обследовании выявлено снижение поверхностной кожной чувствительности справа до уровня нижней трети голени, слева до уровня голеностопного сустава.

***При осмотре глазного дна*** артерии сетчатки извиты.

***УЗИ органов брюшной полости*** аномалий не выявило.

***Сахар крови натощак*** – 14-15 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Возможные осложнения сахарного диабета у детей.
3. Преимущества естественного вскармливания в профилактике диабета.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №31**

Никита Н, 4 года. Родители обратились к врачу педиатру на прием в поликлинику с жалобами на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания.

***Анамнез заболевания:*** Заболел неделю назад, после смены места жительства (из благоустроенной квартиры в частный дом с печным отоплением). Лечились самостоятельно микстурой от кашля, облечения не приносило.

***Анамнез жизни:*** Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г., длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6 день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес., стоит с 10 мес., ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем и бронхитами. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия. Отец практически здоров, много курит.

***При объективном осмотре:*** состояние ребенка средней степени тяжести. Выраженная бледность кожных покровов. Кашель с трудно отделяемой мокротой. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет ЧСС 110 уд/мин.живот при пальпации мягкий безболезненный. Масса тела 15,3 кг, длина тела 109 см.

***Клинический анализ крови:*** НВ 120г/л Эр 4,3х1012; Лейк 4,9х109; СОЭ 6 мм/час; Э8 П1 С54 Л33 М5

***Общий анализ мочи*** белок - нет, сах- нет, лейк - ед в п/зр.

**Кал на я/глистов** отр.

***Рентгенограмма грудной клетки*** – Повышенная пневматизация. Диффузно усилен легочный рисунок, усилены и низко расположены тени корней. Куполы диафрагмы четкие. Срединная тень расположена обычно.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
3. Опасности искусственного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №32**

Влад Ж., 11 лет, поступил в детское соматическое отделение с жалобами на высокую температуру тела 40,0С, на кашель, боли в грудной клетке, снижение аппетита.

***Из анамнеза:*** Болен в течении 2 дней, заболел остро после переохлаждения - температура тела 39,9С, мучительный сухой кашель, затем на следующий день кашель с ржавой мокротой. Ребенок от здоровых родителей, 1 беременности, роды в срок, период новорожденности б/особенностей. Рос и развивался соответственно возрасту. ОРЗ – 2-3 раза в год. Привит согласно национального календаря. Аллергический анамнез не отягощен.

***При осмотре:*** Состояние ребенка средней степени. Ребенок вялый. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Одышка - ЧДД 35 в минуту, кашель с ржавой мокротой. Перкуторно - бедренная тупость, аускультативно - резкое ослабление дыхания в проекции нижней доли справа. Масса тела 31 кг, длина тела 149 см.

***На рентгенограмме*** - интенсивное затемнение с выпуклым краем в проекции нижней доли справа.

***Результаты пульсоксиметрии***: SaO2 85%.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Нарушения термогенеза у детей.
3. Опасности неадаптированного искусственного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №33**

Ренат Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, боли в ногах, припухлость левого коленного сустава, носовое кровотечение.

***Из анамнеза*** известно, что болен с раннего возраста, когда родители стали отмечать появление гематом и кровоточивости после незначительных травм, на фоне ОРВИ. Периодически появляются десневые кровотечения.

***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.

***Клинический анализ крови:*** Нb - 86 г/л, Эр – 3,2х1012/л, Тромб - единичные, Лейк - 208х109/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.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Геморрагический синдром у детей.
3. Состав и отличия молозива, переходного и зрелого грудного молока.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №34**

К участковому педиатру обратилась девочка Эвелина Р., 15 лет с мамой. Жалобы на низкие темпы роста (3-4 см/год).

**Из анамнеза:** рост отца – 180 см, рост матери – 163 см, рост сестры (20 лет) – 162 см. В семье низкорослых родственников нет. Низкие темпы роста у девочки отмечаются с раннего детского возраста. Питается адекватно возрасту, белковые и кальцийсодержащие продукты в рационе присутствуют регулярно, ежедневно получает Йодомарин 150 мкг. Двигательная активность достаточная.

***При осмотре*** выявлены следующие клинические особенности: девочка активная, память сохранена, обучается в общеобразовательной школе (средний балл 4,7). Длина тела 128 см., бочкообразная грудная клетка, шея короткая, крыловидные складки шеи, низкий рост волос на шее сзади. Кожа обычной окраски и влажности, множественные пигментные невусы. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределён равномерно. Щитовидная железа 0 степени (по классификации ВОЗ). Дыхание проводится по всем полям, без хрипов. Тоны сердца ритмичные с ЧСС 78 в минуту, АД 135/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Половое развитие Ax0 P0 Me0 Ma0, I стадия по Таннеру.

***Соматотропный гормон (СТГ) в сыворотке крови*** 0, 3 нг/мл (норма 1-10 нг/мл).

***Тиреотропный гормон (ТТГ) в сыворотке крови*** 1,5 мМЕ/л (норма 0,2-3,2  мМЕ/л).

***Трийодтиронин общий (Т3) в сыворотке крови*** 2,2 пкмоль/л (норма  1,2-3,16 пкмоль/л).

***Тироксин общий (Т4) в сыворотке крови*** 72 нмоль/л (норма 60-135 нмоль/л).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром задержки полового развития у детей.
3. Гиповитаминозы у детей и подростков.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №35**

В поликлинику поступил вызов к девочке Оле С. в возрасте 8 дней. Причина вызова - “фурункулы” молочных желез у ребенка.

***Из анамнеза.*** Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов без патологии. Масса тела при рождении 3600 гр., длина тела - 51см. Закричала сразу, к груди была приложена в родовом зале. Сосала активно. Лактация у матери хорошая. Выписана из роддома на 6 сутки.

***При осмотре*** девочка активна, крик громкий. Со стороны внутренних органов - без патологии. На крыльях носа и на лбу беловато-желтые узелки размером 1-2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи. При осмотре грудной клетки выявлено выраженное, до 2 см. в диаметре, увеличение грудных желез, с выделением белого содержимого, без гиперемии вокруг, гиперпигментация соска. При проверке шагового рефлекса из влагалища появилось небольшое количество слизисто-кровянистого отделяемого.

***В общем анализе мочи*** количество 10 мл, цвет кирпично-красный, моча мутная. Реакция кислая, удельный вес 1005. Белок отр., сахар отр., эпителий плоский ед,. лейкоциты до 3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр. Слизь +, кристаллы мочевой кислоты +++.

***Клинический анализ крови*** эритроциты 7,0\*1012/л, Нв 200 г/л, ЦП 1,1, лейкоциты 15,0\*109/л, эозинофилы 1, метамиелоциты 4, п/я 27. с/я 3, лимф 24, моноциты 10, СОЭ 1 мм/час

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Период новорожденности: транзиторные состояния.
3. Естественное вскармливание: биологические и психологические преимущества.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №36**

Стас В., 12 лет, поступил в больницу с жалобами на жажду, боли в костях, потерю аппетита, вялость, рвоту в течение последних 3-х месяцев.

***Из анамнеза*** известно, что с 2-х лет у него регистрировалась полидипсия и полиурия. Его младший брат был выше его.

***При осмотре*** пациента длина тела 105 см, масса тела 30 кг. Кожа бледная, чистая. Пульс 82 в мин., АД 126/75 мм.рт.ст., частота дыхания 18 в мин. Клиническое исследование по органам и системам без отклонений.

***Клинический анализ крови***: Нв 80 г/л, Эр 2,8 х 1012/л, Л 10 х 109/л, п/я 2%, с/я 66%, м 7%, лимф 22%, э 3%, СОЭ 22 мм/час, Тр 180 х 109/л.

***Биохимический анализ крови:*** мочевина 52 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л), креатинин 980 мкмоль/л (норма 27–62 мкмоль/л), натрий 126 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л), калий 4,8 ммоль/л (норма 3,5–5,0 ммоль/л), кальций общий 1,8 ммоль/л (норма 2,0–2,5 ммоль/л), фосфор 2,9 ммоль/л (норма 0,87-1,45 ммоль/л).

О***бщий анализ мочи:*** количество 20 мл, бесцветная, прозрачная, уд. вес 1.005, билирубина и сахара нет, белок 66 мг/л, лейкоциты и эритроциты отсутствуют, цилиндры гиалиновые 2-3 в п/з.

***Проба Зимницкого:*** уд. вес 1.000-1.006, суточный диурез 2100 мл (дневной 800 мл, ночной 1300 мл).

***УЗИ:*** почки нормального размера, с яркой, плохо дифференцируемой кортико-медуллярной зоной, в которой определяются небольшие кисты.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО почек у детей.
3. 10 принципов ВОЗ по поддержке грудного вскармливания.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача № 37**

Тимур М., 11 лет поступил в отделение с жалобами на отечность в области лица и голеней, головные боли, изменения цвета мочи и уменьшение частоты мочеиспускания в течение последних 2-х дней.

***В анамнезе*** данные за инфекцию отсутствовали.

***При осмотре:*** плотные отеки на лице, голенях, поясничной области, АД 135/95 мм рт.ст., объем выделенной мочи 0,4 мл/кг/час. Масса тела 45 кг, длина тела 150 см.

***Клинический анализ крови***: Hb 130 г/л, Л 6,5 х 109/л, СОЭ 25 мм/час.

***Биохимия крови:*** общий белок 70 г/л (норма 65-85 г/л), альбумин 30 г/л (норма 40-50 г/л), холестерин 5,0 ммоль/л (норма до 4,4 ммоль/л), мочевина 8,0 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л), креатинин сыворотки 104 мкмоль/л (норма 27–62 мкмоль/л),

***СКФ по Шварцу*** – 69,8 мл/мин. (норма 125 мл/мин).

***Серология:*** титр АСЛ-О и АСГ отриц.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Отечный и гипертензионный синдромы у детей.
3. Алгоритм выбора искусственной смеси ребенку.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №38**

Мария С., 9 лет, обратилась с мамой к участковому врачу с жалобами на боли внизу живота, частое болезненное мочеиспускание, недержание мочи в дневное и ночное время, появившиеся остро 2 дня назад после переохлаждения.

***Из анамнеза.*** С раннего возраста у девочки наблюдается частое (более 8 раз в сутки), иногда болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи.

***При осмотре*** состояние средней тяжести, пониженного питания, ИМТ 14,2. Температура 37,50С, пульс 80 в мин., частота дыханий 18 в мин., АД 100/70 мм рт.ст. Кожные покровы бледные, чистые, отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, болезненность при пальпации в надлобковой области. Болезненности в поясничной области нет. Мочеиспускания болезненные, частые (10-12 раз в день), малыми порциями (по 40-60 мл). Стул оформленный.

***Клинический анализ крови:*** Нв 138 г/л, Э 4,5х1012/л, Л 9,1х109/л (э 3%, п/я 5%, с/я 65%, л 21%, м 6%), Тр 285х109/л, СОЭ 15 мм/час.

***Общий анализ мочи***: уд. вес 1018, белка нет, лейкоциты и эпителий в большом количестве, эритроциты неизмененной формы до 15–20 в п/з.

***Анализ мочи на стерильность из средней порции:*** E. coli 100000 КОЕ в 1 мл.

***УЗИ –*** почки нормальных размеров и эхогенности, мочевой пузырь в наполненном состоянии с неровными контурами и утолщенными стенками, остаточная моча 10 мл.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО мочевого пузыря и мочевыводящих путей у детей.
3. Искусственные смеси для питания недоношенных детей, лишенных грудного молока.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №39**

Вера М., 12 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боль в животе, натощак и через 1,5-2 часа после еды, иногда – ночью, боли в правом подреберье, тошноту, плохой аппетит.

***Из анамнеза.*** Боли в животе с 6 лет, неоднократно лечилась по поводу хронического гастродуоденита амбулаторно и в стационаре.

***При осмотре*** – астенического телосложения, болезненность при пальпации живота в эпигастрии, правом подреберье. Положительные симптомы Менделя, Кера, Ортнера. Нижний край печени +1см; + 1 см; ½., ровный эластичный, слегка болезненный. Стул 3 раза в неделю. Масса тела 26 кг, длина тела 140 см.

***ФГДС:*** пищевод свободно проходим, слизистая бледно-розовая, кардия зияет, слизистая гиперемирована в антральном отделе, складки продольные, перистальтика вялая. ДПК деформирована, слизистая гиперемирована, рубец 0,5 см, «красный».

***Уреазный тест*** Нр +++.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО желудка и ДПК у детей.
3. Показания для смешанного вскармливания, достоверные признаки гипогалактии.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №40**

Руслан Р., 14 лет поступил в отделение с жалобам на боли в животе, рвоту.

***Из анамнеза.*** Боли в эпигастрии с 9-летнего возраста. Наследственность отягощена - у дедушки и отца ЯБ, дедушка умер от прободной язвы 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 осмотре.*** Бледный, «тени» под глазами, страдальческое выражение лица. Лежит на кровати с поджатыми к животу ногами. При пальпации живота - мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Масса тела 41 кг, длина тела 176 см.

***ФГДС:*** выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК. На слизистой оболочке луковицы овальной формы дефект размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями.

***Уреазный тест*** на Нр положителен.

***Кал на скрытую кровь*** – реакция Грегерсена положительная.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром острого живота у детей.
3. Современные приспособления для смешанного вскармливания детей первого года жизни.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №41**

Владислав П., 4 года. На приеме в поликлинике с мамой. Жалобы со стороны матери на плохой аппетит, сонливость, вялость, повышенную температуру до 37,3 С в течении 3 недель.

***Из анамнеза.*** От 2 беременности, 2 срочных родов. Первый ребенок, брат 10 лет, здоров. Известно, что ребенок с рождения находился на искусственном неадаптированном вскармливании, в основном предпочитает козье молоко. Несколько раз лечили глистные заболевания (мать не помнит какие).

***При осмотре.*** Ребенок гипотрофичный, масса тела 12,9 кг, длина тела 100 см. Плаксивый, вялый. Кожные покровы и слизистые бледные с участками пигментации. В углах рта «заеды», язык «географический». Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум. ЧСС 100 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. АД 110/74 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчивый, частый. Мочится без особенностей.

***Клинический анализ крови:*** Hb-80 г/л, эритроциты-2,9\*1012, MCV-100 fl, MCH 39 pg, лейкоциты-3,5\*109, тромбоциты-120\*109. Формула: э-23%, б-3%, п.я.-2%, с.я.-43%, лимфоциты-29%, моноциты-2%. СОЭ-12 мм/ч. ЦП-1,2

***Кал на яйца глистов*** – обнаружены цисты лямблий.

***Соскоб на энтеробиоз*** – отрицательный.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Хронические расстройства питания у детей.
3. Дефициты витаминов и микроэлементов у детей.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №42**

Игорь Р., поступил в отделение гематологии с жалобами на боли, припухлость ограничение движений в левом коленном суставе.

***Из анамнеза известно*,** что три часа назад ребенок упал с качели. С возраста 9 месяцев после ушибов стали появляться обширные подкожные гематомы, несколько раз были носовые кровотечения. Дедушка по линии матери страдает повышенной кровоточивостью.

***При осмотре.*** Масса тела 14 кг, длина тела 93,5 см. Состояние ребенка тяжелое. Боль в конечности сильная, не может наступить на ногу. Кожа бледная, с крупными экхимозами на лбу, руках и ногах. Левый коленный сустав болезненный, увеличен в объеме, горячий на ощупь, кожа над ним напряжена, движения ограничены.

***Клинический анализ крови***: Hb-100 г/л, эритроциты-3,2\*1012, лейкоциты-7,5\*109, тромбоциты-320\*109, ретикулоциты-0,2%. Формула: э-3%, б-3%, п.я.-2%, с.я.-63%, лимфоциты-23%, моноциты-8%. СОЭ-12 мм/ч. ЦП-0,9.

***Длительность кровотечения по Дьюку*** – 3 минуты (в норме не более 4 минут).

***Время свертывания по Ли-Уайту в стеклянной пробирке*** – более 16 минут (норма 5-7 минут).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Особенности периферической крови у детей старше 1 года.
3. Правила сцеживания и хранения грудного молока.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №43**

Владимир О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

***Из анамнеза*** известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противо­воспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. Масса тела 47 кг, длина тела 161 см.

***При поступлении*** состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

***Клинический анализ крови:*** Нb - 110 г/л, Эр - 4,2xl012/л, Лейк - 15,0хl09/л, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** удельный вес - 1014, белок - 0,06%о, лейк. - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

***Биохимические анализ крови:*** общий белок - 83 г/л (норма 65-85 г/л), альбумин 48% (норма 64%), глобулины: альфа 1 - 11% (норма 2-5%), альфа 2 - 10% (норма 7-13%), бета - 5% (норма 8-15%), гамма - 26% (норма 12-22%), серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л (норма до 50 Ед/л), ACT - 25 Ед/л (до 55 Ед/л), мочевина 4,5 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л).

***Рентгенологически*** определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика заболеваний суставов у детей.
3. Правила создания индивидуального банка грудного молока и его применения.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №44**

### Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

### *Из анамнеза известно,* что матери 25 лет, она имеет А (П) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, за­кончилась медицинским абортом при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период - 6 часов 30 минут, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 3 часа.

### *При осмотре.* Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пупови­ны и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

### *При дополнительном обследовании: билирубин пуповинной крови* составил 105 мкмоль/л. (норма общий 51-60 мкмоль/л, непрямой (свободный) 38,25 — 54 мкмоль/л, прямой 5,1 — 6 мкмоль/л).

### В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

### Hb периферической крови, определенный по cito 149 г/л.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Желтухи у новорожденных.
3. Правила прикладывания у груди и грудного вскармливания у детей с гемолитической болезнью новорожденных.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №45**

Марта К., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

***Анамнез:*** данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха. Девочка росла и развивалась нормально. Наблюда­лась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

***При поступлении*** состояние ребенка средней степени тяжести, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпи­руются тонзиллярные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, ды­хание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в по­ложении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удов­летворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Перифериче­ская пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увели­чены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Масса тела 65 кг, длина тела 166 см.

***Клинический анализ крови:*** Hb - 125 г/л, Эр - 4,6xl012/л, Лейк - 5,1хl09/л, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** удельный вес - 1024, белок – отрицат., лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

***Биохимические анализ крови:*** общий белок - 73 г/л (норма 65-85 г/л), альбумины - 60% (норма 64%), глобулины: альфа 4% (норма 2-5%), альфа 9% (норма 7-13%), бета - 12% (норма 8-15%), гамма - 15% (норма 12-22%), серомукоид - 0,18 (норма - до 0, 2), АЛТ - 32 Ед/л (норма до 50 Ед/л), ACT - 25 Ед/л (норма до 55 Ед/л), мочевина -4,5 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л).

***ЭКГ:*** ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение элек­трической оси сердца.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Гипертензионный синдром.
3. Особенности питания детей подросткового возраста.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №46**

Сергей У., 8 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°С, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

***Из анамнеза***. 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***: 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. Масса тела 27,5 кг, длина тела 129 см.

***Клинический анализ крови:*** Hb – 115 г/л, L– 18,6х109/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.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром дыхательной недостаточности у детей.
3. Принципы питания при атопическом дерматите у детей 1 года жизни.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №47**

Максим Ф., 3-х лет поступил в стационар с жалобами на вялость, слабость, частый влажный кашель.

***Из анамнеза.*** Ребенок от первой беременности первых срочных родов. Беременность и роды – без особенностей. Масса при рождении 3500 г. К груди приложен в родильном зале. С рождения при плаче ребенок синел, закатывался, отмечались кратковременные апноэ. Из родильного дома на 4 сутки переведен в стационар, где в течение 2-х недель получал лечение по поводу травмы шейного отдела с миотоническим синдромом. До года находился на диспансерном учете у невропатолога. На грудном вскармливании – до года. Прикормы введены соответственно возрасту. До 6 месяцев рос и развивался соответственно возрасту. После 6 месяцев стал часто болеть ОРЗ: 2 раза – острый ринофарингит, 3 раза – острый бронхит, из них 2 раза – обструктивный (по поводу чего лечился в стационаре). На втором году жизни дважды болел пневмонией с высевом синегнойной палочки и золотистого стафилококка. После года стал отставать в массе. Появилась склонность к запорам. У бабушки по линии матери умерло 3-е детей в раннем возрасте.

***Объективно:*** состояние ближе к тяжелому за счет дыхательной недостаточности. Кожа бледная, повышенной влажности. Увеличены заднешейные лимфоузлы. Грудная клетка – килевидная. В легких – крепитирующие хрипы по всем полям. ЧДД 52 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 120 в мин. Систолический шум на верхушке. Печень + 3 см. Мочеиспускание – без особенностей. Стул – 4-5 раз в день, кашецеобразный, зловонный, жирный.

***Сатурация кислорода крови*** 84%.

***Копрология*** мышечные волокна ++, непереваренный жир +++, мыла ++, йодофильная флора ++, непереваренная клетчатка++.

***Содержание хлоридов в поте*** 100 ммоль/л (норма до 60 ммоль/л).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Неонатальный скрининг на наследственные заболевания у новорожденных.
3. Принципы питания ребенка с муковисцидозом.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №48**

Даша Р., 2 года 3 месяца поступила в стационар с жалобами на слабость, сонливость, отсутствие аппетита, выпадение волос.

***Из анамнеза.*** Со слов мамы, ребенок плохо прибавляет в массе, часто болеет простудными заболеваниями. Беременность матери протекала с анемией, гестозом 2 половины, угрозой прерывания беременности, по поводу чего лежала на сохранении. Из-за отказа девочки от других продуктов питания мать продолжает кормить ребенка грудью. Кроме грудного молока девочка практически ничего не получает.

***При осмотре:*** Масса тела 10, 4 кг, длина тела 81 см. Адинамичная, кожа и слизистые резко бледные с мраморным рисунком, подкожно-жировой слой развит недостаточно. При нагрузке появляется одышка, тахикардия до 146 в мин. Волосы сухие и тусклые, ногтевые пластинки истончены, слоятся. При аускультации – систолический шум на верхушке сердца. Со стороны других органов отклонений нет.

***Клинический анализ крови:*** Нв – 55г/л, эритроциты – 3,3\*1012/л, MCV 65 фл, MCH 28 пг, MCHC 23 г/л, RDW повышен, лейкоциты – 7,2\*109/л, лейкоцитарная формула: э-2, п/я-3, с/я-46, лимф.-45,м-4. СОЭ – 10 мм/час; тромбоциты-190\*109/л; ретикулоциты – 5%.

***Биохимический анализ крови:*** сывороточный ферритин10 нг/мл (норма 15 нг/мл), уровень сывороточного железа 25 мкг/дл (норма 40 мкг/дл), [ОЖСС](http://pro-analizy.ru/zhelezosvyazyvayushhaya-sposobnost-syvorotki-krovi/) 480 мкг/дл (норма от 350 до 460 мкг/дл), насыщаемость сыворотки трансферрином 12% (норма 15%).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Анемический синдром у детей.
3. Правила питания детей при ЖДА.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №49**

Рита В., 4 лет поступила в стационар по поводу тонических судорог без потери сознания. Ребенок жаловался на боли в ногах.

***В анамнезе*** с первого года жизни имел место атопический дерматит, в связи с чем соблюдалась строгая гипоаллергенная диета с полным исключением молочных продуктов, мяса, рыбы.

***При осмотре*** обращали на себя внимание выраженные деформации скелета (лобные и теменные бугры, деформация грудной клетки, «реберные четки», варусная деформация нижних конечностей), мышечная гипотония. Масса тела 13 кг, длина тела 93 см.

***Биохимический анализ крови*** кальций 1,4 ммоль/л (норма 2,2-2,7 ммоль/л), фосфор 0,96 ммоль/л (норма 1,45-1,78 ммоль/л), щелочная фосфатаза 1863 нмоль (норма 297-830 нмоль).

***Проба мочи по Сулковичу*** ++++.

***25-ОН Д3 крови*** 10нг/мл (норма  15-40 нг/мл).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Судорожные синдром у детей.
3. Принципы вскармливания детей с рахитом.
4. . Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №50**

Константин К., 5 лет, поступил в приемный покой с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, частый сухой кашель, одышку.

***Из анамнеза.*** Мальчик от первой беременности, протекавшей с гестозом I и II половины. Родился в срок. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. С 3 месяцев у ребенка отмечались проявления атопического дерматита; после 1-го года жизни отмечается аллергическая реакция в виде шелушения, аллергических высыпаний на прием шоколада, цитрусовых, молочных продуктов. Привит по возрасту. Перенесенные заболевания - нечастые ОРЗ. Месяц назад дома завели волнистого попугайчика.

***При поступлении:*** Состояние ребенка тяжелое, температура 39,0; отмечаются частый сухой кашель, одышка до 40 в минуту, головная боль, снижение аппетита. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, умеренное шелушение в области локтевых сгибов. В легких перкуторно звук с коробочным оттенком. Аускультативно жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные мелко- и среднепузырчатые хрипы, необильные сухие свистящие хрипы на высоте выдоха. Масса тела 17 кг, длина тела 111 см.

***На рентгенограмме***: отмечаются мелкие очаговые тени, преимущественно в средних полях на фоне снижения прозрачности легочной ткани (симптом матового стекла).

***Сатурация кислорода*** 83%.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО органов дыхания у детей дошкольного возраста.
3. Принципы введения прикормов на первом году жизни.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №51**

Света В., 6 лет, воспитанница детского дома, поступила на обследование с жалобами на боли в животе, голодные и поздние, через 1-1,5 часа после еды, связанные с погрешностью в диете, изжогу, запоры, чувство быстрого насыщения.

***Из анамнеза.*** Боли в течение 1 года.

***При осмотре:*** пониженного питания, кожа сухая, с гиперкератозом, волосы и ногти тусклые, ломкие, кайма губ яркая, угловой хейлит. Умеренная болезненность в эпигастральной области в правом подреберье, в точке Кера. Стула не было 2 дня. Пальпируется плотная, безболезненная сигмовидная кишка. Масса тела 19,5 кг, длина тела 118 см.

***Кал на яйца глистов:*** паразиты в кале не обнаружены.

***УЗИ органов брюшной полости:*** желчный пузырь несколько увеличен в размерах, с поперечной перетяжкой.

***Результаты рН-метрии*** – базальная рН в теле желудка – 1,9, в антруме – 2,3; стимулированная эуфиллином (7 мг/кг) в теле – 1,4, в антруме – 1,8. Заключение: усиление кислотообразующей функции желудка. Декомпенсированное кислотообразование.

***ФГДС*** – диффузная гиперемия, отек слизистой оболочки желудка, эрозии диаметром 0,2-0,3 см в антральном отделе. Слизистая ДПК не изменена.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО органов ЖКТ у детей дошкольного возраста.
3. Принципы питания детей с гипотрофией.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №52**

Альберт Н., 2 лет поступил в отделение с мамой. Жалобы при поступлении на поносы, примесь крови в стуле, боли в животе, плохой аппетит, похудение, повышение температуры до 37,8 градусов.

***Из анамнеза.*** В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащен­ный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появи­лись прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед де­фекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) - гастрит, колит, лактазная недостаточность.

***Осмотр:*** длина тела 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и сли­зистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС 116 в минуту, тоны сердца звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень +1,5см; +2см; 1/3, плотновата. Симптомы Мерфи, Кера положительные.

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

***Копрограмма:*** кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много.

***Кал на скрытую кровь*** - Резко положительная реакция Грегерсона.

***Колонофиброскопия****:* осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, вы­ражена контактная кровоточивость. Лестничная биопсия.

***Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки:*** интенсив­ная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболоч­ки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО кишечника у детей.
3. Правила питания детей с 1 до 3 лет.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №53**

Павел Р., 10 месяцев поступил в отделение в тяжелом состоянии с кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

***Из анамнеза.*** 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 грудью матери, с 2 мес - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес - в основном кашами. Ребенок часто (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***: температура тела 37,4°С. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы - 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, «олимпийский лоб». Грудная клетка деформирована – «куриная грудь». При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Дыхание шумное с удлиненным выдохом. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. 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.

***Клинический анализ крови***: Нb - 100 г/л, Эр – З,5х1012/л, Лейк - 7,5х109, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

***Общий анализ мочи***: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

***Биохимический анализ крови***: общий белок - 65,0 г/л (норма 65-85 г/л), холестерин 4,6 ммоль/л (норма до 4,4 ммоль/л), глюкоза - 4,3 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л), кальций - 2,0 ммоль/л (норма 2,2-2,7 ммоль/л), фосфор 1,1 ммоль/л (норма 1,45-1,78 ммоль/л), ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600).

***Рентгенограмма трубчатых костей***: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. АФО костной системы у детей.
3. Особенности питания беременной женщины.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №54**

Борис В., 2 месяцев. Поступил в отделение с жалобами на понос, рвоту, потерю массы тела, желтуху.

***Из анамнеза.*** Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повы­шением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармлива­нии. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста - диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени.

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

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

***Посев кала на патогенную флору:*** отрицательный.

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

***Биохимический анализ крови***: общий билирубин - 18,5 мкмоль/л (норма 8,5-20,5 мкмоль/л), прямой - 12,0 мкмоль/л (до 5,1 мкмоль/л), общий белок - 57,0 г/л (65-85 г/л), альбумины - 36 г/л (40-50 г/л), мочевина - 3,5 ммоль/л (норма 2,5-8,3 ммоль/л), холестерин - 2,2 ммоль/л (до 4,4 ммоль/л), калий 4 ммоль/л (3.3 -5,5 ммоль/л), натрий 140 ммоль/л (норма 120 ммоль/л), щелочная фосфатаза - 250 ед/л (норма - до 600), АЛТ 21 Ед (до 50 Ед), ACT 30 Ед (до 55 Ед), глюкоза 3,5 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л).

***Анализ мочи на галактозу***: в моче обнаружено большое количество галактозы.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Нарушение обмена углеводов у детей.
3. Вскармливание детей при галактоземии.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №55**

Дмитрий Е., 3 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула.

***Из анамнеза*** известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились после введения в пищу молочной смеси "Малютка". Позже после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой.

***При осмотре***: Масса тела 17,5 кг, длина тела 100 см. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык "географический". В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

***Клинический анализ крови***: Нb - 112 г/л, Эр – З,2х1012/л, Лейк - 7,0х109/л, п/я - 5%, с - 34%, э - 12%, л - 45%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час.

***Реакция пассивной гемагглютинации*** (РПГА): титр антител к pыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80).

***Радиоаллергосорбентный тест*** (PACT): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (норма - до 100 Ед/л).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика заболеваний кожи у детей.
3. Алгоритм выбора адаптированной молочной смеси у детей с учетом аллергоанамнеза.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №56**

Ярослава Я., 12 лет поступила в отделение с жалобами на слабость и быструю утомляе­мость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, голово­кружение, дважды была кратковременная потеря сознания.

***Анамнез.*** Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локали­зующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали по­степенно, самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических яв­лений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хо­реографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двена­дцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

***Осмотр:*** длина тела 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выра­женная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области. Печень +0 см; +0 см; 1/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

***Клинический анализ крови:*** Эр - 2,8xl012/л; Нb - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 50%о, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29%; Лейк - 8,7х109/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390xl09/л;

***Время кровотечения по Дьюку*** - 60 сек (норма до 4 минут);

***Время свертывания по Сухареву:*** начало - 1 минута, конец - 2,5 минут (норма 2-5 минут).

***Общий анализ мочи:*** цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плот­ность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты -2-3 в п/з.

***Кал на скрытую кровь:*** реакция Грегерсона положительная (+++).

***Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении:*** слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с пло­скими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гипере­мия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округ­лая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным ва­лом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

***Биопсийный тест*** *(де-нол тест) на HP:* (+++).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК.
3. Опасности искусственного вскармливания детей.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №57**

Тимофей К, 11 лет, поступил в отделение с жалобами на боли в животе, отрыжку воздухом, тошноту.

***Из анамнеза.*** Боли в околопупочной облас­ти и эпигастрии появляются через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Жалобы на боли в животе беспоко­ят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естествен­ном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие пе­рерывы в еде.

***Осмотр:*** длина тела 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0см; +1см; 1/3, край мягко-эластич­ный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, ино­гда типа «овечьего».

***Клинический анализ крови:*** Нb - 132 г/л; Эр - 4,4xl012/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3х109/л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое ко­личество оксалатов.

***Эзофагогастродуоденофиброскопия:*** слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной киш­ки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP.

***Биопсийный тест*** *(де-нол тест) на HP:* (++).

***Дыхательный уреазный тест:*** положительный.

***УЗИ органов брюшной полости:*** печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с переги­бом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика заболеваний ЖКТ у детей старшего возраста.
3. Состав грудного молока, отличия от молока домашних животных.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №58**

На консультативном приеме осмотрена девочка Маша Р., 1,5 лет. Жалобы матери на сыпь, окраснение на коже, зуд.

***Из анамнеза.*** В двухмесячном возрасте отмечены проявления аллергического диатеза. Родилась от второй беременности, протекавшей с токсикозом II половины. На грудном вскармливании находилась до 2 мес. обострения кожных проявлений мать связывает с употреблением молока и яиц. Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница.

***При осмотре*** ребенка на разгибательной поверхности голеней и предплечий кожа ярко гиперемирована, отечна, покрыта микровезикулами с мокнутием в виде «колодцев».

***Общий IgE сыворотки*** – 10 МЕ/мл (норма – 20 МЕ/мл).

***Тесты с аллергенами молока и яйца:*** реакция дегрануляции тучных клеток – сомнительная, реакция лейкоцитолиза – отрицательная, реакция угнетения миграции лейкоцитов – положительная, внутрикожный тест – положительный (через 24 ч).

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Семиотика заболеваний кожи у детей раннего возраста.
3. Принципы питания детей с атопическим дерматитом.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №59**

Вячеслв Р.. 1 год 2 мес поступил в отделение с жалобами на дефицит массы тела (7,5 кг), жидкий стул.

***Из анамнеза.*** Родился в срок с массой тела 3700 г, длиной 52 см. до 3 мес находился на естественном вскармливании, с 3 мес – на смешанном. Первый прикорм введен в 6 мес (манная каша). В 6,5 мес появился обильный жидкий жирный стул, ребенок начал терять в массе тела.

***При поступлении*** состояние ребенка тяжелое. Резко пониженного питания, тургор тканей снижен. Живот значительно увеличен в объеме. Выражены лобные и теменные бугры, имеется Х-образное искривление нижних конечностей.

***На рентгенограмме*** резкое вздутие кишечных петель, уровень жидкости в проекции тонкой кишки, сглаженность рельефа слизистой оболочки кишечника.

***Хлориды пота*** – 40 ммоль/л. (норма до 60 ммоль/л).

***Уплощенная гликемическая кривая*** с нагрузкой лактазой.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Синдром мальабсорбции.
3. Принципы введения прикормов дестям первого года жизни.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.

**Задача №60**

Полина Л., 26 дней доставлена отцом в детскую больницу. Госпитализирована в связи с операцией у матери (аппендектомия).

***При сборе анамнеза выяснено***, что роды наступили в срок, физиологические. Масса тела при рождении 3050 г, длина 49 см. Находится на грудном вскармливании, часто беспокоится. Промежутки между кормлениями не более 1 часа.

***При осмотре:*** температура тела 36,8оС, масса 3150 г, длина 51 см. Кожа с гиперемией в паховых и подмышечных складках. Подкожно-жировая клетчатка истончена: толщина складки на уровне пупка – 0,5 см, груди – 0,5 см, плече – 1 см, бедре – 1,5 см. Внутренние органы без патологии. Стул густой кашицей 2 раза в сутки. Мочится 12 раз в сутки. Крик раздраженный, эмоциональный, жадно хватает соску с 5 % раствором глюкозы. Неврологический статус в пределах нормы.

***Сахар крови*** 3,1 ммоль/л (норма 3,3 -5,5 ммоль/л).

***НСГ –*** патологических изменений в головном мозге не выявлено.

**Задание:**

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд.
2. Гипотрофия у детей раннего возраста.
3. Профилактика и лечение гипогалактии.
4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные.
5. Проведите оценку практического навыка по чек-листу.