

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

МИДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

А.С-У. Батчаев

Р. К. Аджиева

Ф.А. Рахимова

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.02. ПЕДИАТРИЯ

Черкесск, 2024

УДК 616-053.2
ББК 57.3
Б 28

Рассмотрено на заседании кафедры Педиатрия
Протокол № 12/23 от 28.08.2023 г.
Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА
Протокол № 26 от 29.09.2023 г.

Рецензенты: Хубиев Ш.М. – кандидат медицинских наук, заместитель директора Медицинского института СКГА по научной работе.

Б 28 Батчаев, А. С-У. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебно-методическое пособие для обучающихся по направлению подготовки 31.05.02. Педиатрия / А. С-У. Батчаев, Р.К. Аджиева, Ф.А. Рахимова. – Черкесск БИЦ СКГА, 2024. – 104с.

Учебно-методическое пособие посвящено одной из актуальных проблем обучающихся, а именно вопросам самостоятельной подготовки к итоговой аттестации по специальности 31.18.09 «Педиатрия».

Показаны основные типы задач и тестов включающие в себя вопросы этиологии, патогенеза, а также сопряженные заболевания, осложнения и принципы лечения.

Обучающимся дается возможность объективно оценить уровень своих знаний еще на этапе подготовки к итоговой аттестации и своевременно восполнить пробелы аттестационной подготовки.

Пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов для использования в учебной работе.

**УДК 616-053.2
ББК 57.3**

© Батчаев А. С-У., Аджиева Р.К., Рахимова Ф.А., 2024
© ФГБОУ ВО СКГА, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Задачи по оториноларингологии	6
Задачи по детским инфекционным заболеваниям	17
Задачи по хирургии	44
Задачи по педиатрии	63
Тесты (на примере оториноларингологических)	89

ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности 31.18.09 «Педиатрия» (далее – ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по педиатрии, хирургическим болезням, оториноларингологии и детским инфекционным болезням. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин.

Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;

- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи по следующим дисциплинам: педиатрии, хирургическим болезням, оториноларингологии и детским инфекционным болезням и предлагаемых для проведения третьего этапа государственной итоговой аттестации специалистов по специальности «Педиатрия».

Учебное пособие предназначено для обучающихся по специальности 31.18.09 «Педиатрия» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «Педиатрия».

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Педиатрия».

1. ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

1. Особенности анатомии носа и пазух в детском возрасте

2. Травмы глотки
3. Инородное тело слухового прохода

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная М., 14 лет, доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение. Жалобы на боль в горле слева, которая усиливается при глотании и открывании рта, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C. Больна около 10 дней. Получала лечение у терапевта в поликлинике по поводу лакунарной ангины. Были назначены полоскание глотки содой пищевой, пенициллин по 500 тыс. ЕД 4 раза в день внутрь 5 дней, анальгин. На фоне лечения значительное улучшение, но последние три дня вновь появилась боль в горле слева, повышение температуры тела.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,8°C. При пальпации определяются мелкие болезненные подвижные передние шейные лимфатические узлы слева. Рот открывается на 2 см, при фарингоскопии – слизистая оболочка передней небной дужки слева гиперемирована, отечна, асимметрия зева за счет инфильтрации мягкого неба слева, смещения небной миндалины медиально и книзу.

1. Поставьте диагноз.
2. Находите ли Вы ошибки в лечебной тактике терапевта поликлиники?

Если да, то укажите какие.

3. Назовите этиологию данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение.

1. Врожденный стридор.

2. Особенности анатомии уха у детей.
3. Острый отогенный менингит.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной К., 17 лет, жалуется на затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, боль подглазничной области справа. Болен 7 дней, заболевание связывает с переохлаждением. За медицинской помощью не обращался.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. При наружном осмотре – кожа лица розового цвета, лицо симметрично. Пальпация доступных стенок околоносовых пазух безболезненна. При передней риноскопии – слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована и отечна слева, ярко гиперемирована и резко отечна справа, в правой половине носа обильное слизисто-гнойное отделяемое в общем и среднем носовых ходах.

На рентгенограмме околоносовых пазух: снижена пневматизация гайморовой и решетчатой пазух справа, уровень жидкости в гайморовой пазухе справа. Слева – пневматизация пазух удовлетворительная.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиологию заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите ирригационно-аспирационные методы лечения, применяемые при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

1. Аллергический ринит.

2. Травмы глотки
3. Острый мастоидит

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная М., 14 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боль в горле, больше справа, недомогание, повышение температуры тела до 39°C. Больна в течение 3 суток. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,8°C. Наружный осмотр без особенностей. Увеличены шейные лимфатические узлы спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. При фарингоскопии – слизистая оболочка передней небной дужки ярко гиперемирована, отечна. Слизистая оболочка небных миндалин гиперемирована, небные миндалины увеличены до II степени, отечны, в лакунах гной.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиологию заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Назначьте лечение.
5. Назовите возможные осложнения.

1.Анатомия глотки.

2.Риногенные внутричерепные осложнения.

3.Острый ларингит.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной Р., 14 лет, жалуется на боль в области носа, покраснение и припухлость носа, головную боль, общую слабость. Болен 3 дня.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. Кожа кончика и крыла носа слева гиперемирована и отечна. Пальпации мягких тканей носа и верхней губы слева болезненна. Инфильтрация верхней губы слева. При вестибулоскопии – в преддверии носа слева на крыле гиперемия кожи, конусовидный инфильтрат с гнойным стержнем в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологию заболевания.
3. Укажите предрасполагающие к возникновению заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

1.Глухота и тугоухость. Методы диагностики, лечения.

2.Острый ринит

3.Инородные тела носа

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная Н., 16 лет, жалуется на гноетечение из левого уха, снижение остроты слуха на него, головную боль. Больна с 5-тилетнего возраста, после того, как перенесла скарлатину. Ежегодно лечится амбулаторно и в стационаре, но гноетечение не прекращается.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C. Отоскопия слева – наружный слуховой проход широкий, кожа розовая, скудное слизисто-гнойное отделяемое в костном отделе. При туалете наружного

слухового прохода определяется резкий неприятный запах гноя. Барабанная перепонка серая, мутная, отечна, рубцово изменена, перфорация в ненатянутой части через которую видны грануляции и крошковидные белесоватые массы. Шепотную речь левым ухом не воспринимает, разговорную - с 2 метров.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиологию и ключевые моменты патогенеза данного заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

1. Острый эпиглотит

2. Трахеотомия. Показания.

3. Фурункул носа

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

«Скорой помощью» в ночное время в ЛОР отделение доставлен ребенок 5 лет с затруднение дыхания, «лающим кашлем», охриплым голосом. Болен в течение 5 дней. Получал лечение у педиатра по поводу: ОРВИ. Острого ринофарингита. Назначено обильное питье и сосудосуживающие капли в нос. Три дня назад появился сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, ухудшение общего состояния, слабость. Со слов родителей вчера ночью во время приступа кашля у ребенка появилось затруднение дыхания. Вызвали «03» К моменту прибытия «Скорой помощи» дыхание улучшилось, но беспокоил сильный «лающий» кашель с мокротой. Врач рекомендовал обратиться утром к участковому педиатру. Утром осмотрен педиатром, лечение прежнее. Сегодня ночью вновь приступообразный кашель и затруднение дыхания. Вызвали «03».

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела 38°C. Ребенок возбужден, сидит, инспираторная одышка, акроцианоз.

Риноскопия – слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована отечна, скудно слизистой отделяемое. Мезофарингоскопия – слизистая оболочка ротоглотки, преимущественно задней её стенки гиперемирована, отечна. При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка гортани диффузно ярко гиперемирована, отечна, голосовые складки подвижны, голосовая щель сужена, обильно слизь из трахеи при кашле.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие допущены ошибки на догоспитальном этапе?
3. В какое отделение/больницу должен быть доставлен данный пациент?
4. Назначьте дополнительные методы исследования.
5. Назначьте лечение.

1. Ангина

2. Особенности анатомии гортани у детей.
3. Острый гнойный средний отит.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная К., 14 лет, жалуется на затруднение носового дыхания, выделения слизистого характера из левой половины полости носа, головную боль, чувство тяжести в области левой щеки, повышение температуры тела до 37,5°C. Больна 7 дней. Заболевание связывает с переохлаждением. Находится на лечении у терапевта. Терапевтом рекомендовано обильное питье, сосудосуживающие капли в нос, назначено УВЧ на область носа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,8°C. При наружном осмотре кожа наружного носа и лица розового цвета, отеков нет. Пальпация доступных стенок околоносовых пазух безболезненна. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа справа розовая, отечна, слева – гиперемирована, резко отечна, носовые ходы сужены, в среднем и общем носовых ходах слева густая слизь. Глотка, гортань, уши – без патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования и укажите, какие можно ожидать результаты от предложенных Вами исследований. Поставьте окончательный клинический диагноз.
3. Укажите этиологию заболевания, которое Вы вынесли в диагноз.
4. Осложнением, какого заболевания стало настоящее заболевание?
5. Назначьте лечение.

1. Хронический гнойный средний отит.

2. Острый синусит верхнечелюстной.
3. Аллергический ринит.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная П., 16 лет, жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, снижение остроты слуха, общую слабость. Больна в течение 12 дней. На фоне острого насморка появилась заложенность правого уха, затем боль стреляющего характера, повышение температуры тела до 38,0°C. Через два дня появилось гноетечение из уха, боль уменьшилась, нормализовалась температура тела. Обратилась к отоларингологу в поликлинику, назначен 3% борный спирт на турундах в правое ухо, сосудосуживающие капли в нос, согревающие

компрессы на ухо. На фоне проводимого лечения 2 дня назад вновь возникло гноеетечение из уха, появилась боль в ухе и заушной области, повышение температуры тела до 37,8-38,2°C.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 38,0°C. При наружном осмотре: ушная раковина справа без воспалительных изменений, несколько оттопырена. Кожа сосцевидной области умеренно гиперемирована, пастозна, сглажена заушная складка. Пальпация козелка безболезненна, пальпация сосцевидного отростка болезненна. При отоскопии: слева без особенностей, справа – гной в наружном слуховом проходе, в костном отделе наружный слуховой проход сужен за счет отека кожи верхнезадней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна, щелевидная перфорация в переднее-нижнем квадранте, из перфорации поступает пульсирующая гной.

1. Поставьте диагноз.
2. Что привело к формированию данного заболевания?
3. Назначьте необходимые дополнительные исследования и укажите, что можно ожидать от исследований в подтверждение поставленному Вами диагнозу.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

1. Паратонзиллярный абсцесс

2. Хронический тонзиллит
3. Гематома ушной раковины.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной Р., 14 лет, жалуется на боль в области носа, покраснение и припухлость носа, головную боль, общую слабость. Болен 3 дня.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. Кожа кончика и крыла носа слева гиперемирована и отечна. Пальпации мягких тканей носа и верхней губы слева болезненна. Инфильтрация верхней губы слева. При вестибулоскопии – в преддверии носа слева на крыле гиперемия кожи, конусовидный инфильтрат с гнойным стержнем в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологию заболевания.
3. Укажите предрасполагающие к возникновению заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

1. Гипертрофия небных миндалин

2. Аденоиды.

3. Хронический фарингит

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная Н., 16 лет, жалуется на гноетечение из левого уха, снижение остроты слуха на него, головную боль. Больна с 5-тилетнего возраста, после того, как перенесла скарлатину. Ежегодно лечится амбулаторно и в стационаре, но гноетечение не прекращается.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C. Отоскопия слева – наружный слуховой проход широкий, кожа розовая, скудное слизисто-гнойное отделяемое в костном отделе. При туалете наружного слухового прохода определяется резкий неприятный запах гноя. Барабанная перепонка серая, мутная, отечна, рубцово изменена, перфорация в ненатянутой части через которую видны грануляции и крошковидные белесоватые массы. Шепотную речь левым ухом не воспринимает, разговорную - с 2 метров.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите этиологию и ключевые моменты патогенеза данного заболевания.

3. Назначьте дополнительные методы исследования.

4. Назначьте лечение.

5. Назовите возможные осложнения заболевания.

1. Острый фронтальный синусит

2. Новообразования носоглотки.

3. Методы исследования уха.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная К., 14 лет, жалуется на затруднение носового дыхания, выделения слизистого характера из левой половины полости носа, головную боль, чувство тяжести в области левой щеки, повышение температуры тела до 37,5°C. Больна 7 дней. Заболевание связывает с переохлаждением. Находится на лечении у терапевта. Терапевтом рекомендовано обильное питье, сосудосуживающие капли в нос, назначено УВЧ на область носа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,8°C. При наружном осмотре кожа наружного носа и лица розового цвета, отеков нет. Пальпация доступных стенок околоносовых пазух безболезненна. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа справа розовая, отечна, слева – гиперемирована, резко отечна, носовые ходы сужены, в среднем

и общем носовых ходах слева густая слизь. Глотка, гортань, уши – без патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования и укажите, какие можно ожидать результаты от предложенных Вами исследований. Поставьте окончательный клинический диагноз.
3. Укажите этиологию заболевания, которое Вы вынесли в диагноз.
4. Осложнением, какого заболевания стало настоящее заболевание?
5. Назначьте лечение.

1. Острый ларингит.

2. Инородные тела гортани и трахеи.
3. Острый доперфоративный средний отит.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

«Скорой помощью» в ночное время в ЛОР отделение доставлен ребенок 5 лет с затруднение дыхания, «лающим кашлем», охриплым голосом. Болен в течение 5 дней. Получал лечение у педиатра по поводу: ОРВИ. Острого ринофарингита. Назначено обильное питье и сосудосуживающие капли в нос. Три дня назад появился сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, ухудшение общего состояния, слабость. Со слов родителей вчера ночью во время приступа кашля у ребенка появилось затруднение дыхания. Вызвали «03» К моменту прибытия «Скорой помощи» дыхание улучшилось, но беспокоил сильный «лающий» кашель с мокротой. Врач рекомендовал обратиться утром к участковому педиатру. Утром осмотрен педиатром, лечение прежнее. Сегодня ночью вновь приступообразный кашель и затруднение дыхания. Вызвали «03».

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела 38°C. Ребенок возбужден, сидит, инспираторная одышка, акроцианоз.

Риноскопия – слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована отечна, скудно слизистой отделяемое. Мезофарингоскопия – слизистая оболочка ротоглотки, преимущественно задней её стенки гиперемирована, отечна. При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка гортани диффузно ярко гиперемирована, отечна, голосовые складки подвижны, голосовая щель сужена, обильно слизь из трахеи при кашле.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие допущены ошибки на догоспитальном этапе?
3. В какое отделение/больницу должен быть доставлен данный пациент?
4. Назначьте дополнительные методы исследования.
5. Назначьте лечение.

1. Физиология звукового анализатора.

2. Заболевания наружного уха (фурункул слухового прохода, острый наружный диффузный отит).

3. Методы исследования гортани.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная Н., 16 лет, жалуется на гноетечение из левого уха, снижение остроты слуха на него, головную боль. Больна с 5-тилетнего возраста, после того, как перенесла скарлатину. Ежегодно лечится амбулаторно и в стационаре, но гноетечение не прекращается.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C. Отоскопия слева – наружный слуховой проход широкий, кожа розовая, скудное слизисто-гнойное отделяемое в костном отделе. При туалете наружного слухового прохода определяется резкий неприятный запах гноя. Барабанная перепонка серая, мутная, отечна, рубцово изменена, перфорация в ненатянутой части через которую видны грануляции и крошковидные белесоватые массы. Шепотную речь левым ухом не воспринимает, разговорную - с 2 метров.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите этиологию и ключевые моменты патогенеза данного заболевания.

3. Назначьте дополнительные методы исследования.

4. Назначьте лечение.

5. Назовите возможные осложнения заболевания.

1. Поражение лицевого нерва при отитах.

2. Искривление перегородки носа

3. Носовое кровотечение

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная П., 16 лет, жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, снижение остроты слуха, общую слабость. Больна в течение 12 дней. На фоне острого насморка появилась заложенность правого уха, затем боль стреляющего характера, повышение температуры тела до 38,0°C. Через два дня появилось гноетечение из уха, боль уменьшилась, нормализовалась температура тела. Обратилась к отоларингологу в поликлинику, назначен 3% борный спирт на турундах в правое ухо, сосудосуживающие капли в нос, согревающие компрессы на ухо. На фоне проводимого лечения 2 дня назад вновь возникло гноетечение из уха, появилась боль в ухе и заушной области, повышение температуры тела до 37,8-38,2°C.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 38,0°C. При наружном осмотре: ушная раковина справа без воспалительных изменений, несколько оттопырена. Кожа сосцевидной области умеренно гиперемирована, пастозна, сглажена заушная складка. Пальпация козелка безболезненна, пальпация сосцевидного отростка болезненна. При отоскопии: слева без особенностей, справа – гной в наружном слуховом проходе, в костном отделе наружный слуховой проход сужен за счет отека кожи верхнезадней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна, щелевидная перфорация в переднее-нижнем квадранте, из перфорации поступает пульсирующая гной.

1. Поставьте диагноз.
2. Что привело к формированию данного заболевания?
3. Назначьте необходимые дополнительные исследования и укажите, что можно ожидать от исследований в подтверждение поставленному Вами диагнозу.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

1. Травмы носа

2. Методы исследования носа и пазух в детском возрасте
3. Риногенные орбитальные осложнения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной К., 17 лет, жалуется на затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, боль подглазничной области справа. Болен 7 дней, заболевание связывает с переохлаждением. За медицинской помощью не обращался.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. При наружном осмотре – кожа лица розового цвета, лицо симметрично. Пальпация доступных стенок околоносовых пазух безболезненна. При передней риноскопии – слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована и отечна слева, ярко гиперемирована и резко отечна справа, в правой половине носа обильное слизисто-гнойное отделяемое в общем и среднем носовых ходах.

На рентгенограмме околоносовых пазух: снижена пневматизация гайморовой и решетчатой пазух справа, уровень жидкости в гайморовой пазухе справа. Слева – пневматизация пазух удовлетворительная.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиологию заболевания.
3. Назначьте лечение.

4. Назовите ирригационно-аспирационные методы лечения, применяемые при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух.

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

1. Гипертрофия лимфоидного кольца глотки.

2. Инородные тела глотки

3. Методы исследования глотки.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больная М., 14 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боль в горле, больше справа, недомогание, повышение температуры тела до 39°C. Больна в течение 3 суток. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,8°C. Наружный осмотр без особенностей. Увеличены шейные лимфатические узлы спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. При фарингоскопии – слизистая оболочка передней небной дужки ярко гиперемирована, отечна. Слизистая оболочка небных миндалин гиперемирована, небные миндалины увеличены до II степени, отечны, в лакунах гной.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите этиологию заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

4. Назначьте лечение.

5. Назовите возможные осложнения.

2. ДЕТСКИИ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Девочка 4-х лет заболела остро с повышения температуры тела до 38,5°C, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар. При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - 39,0°C, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд\мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный. St. localis: тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Отека в зеве и на шее нет. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия, энантема на мягком небе, миндалины II ст., по лакунам островчатые наложения, бело – желтого цвета, легко снимаются, растираются шпателем. Клинический анализ крови: Нб - 125 г\л, Эр - $3,4 \times 10^{12}$ \л, Лейк - $13,5 \times 10^9$ \л; э- 3%, п\я-10%, с\я- 65%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм\час. Общий анализ мочи: без патологии. В посевах слизи из ротоглотки обнаружен рост гемолитического стрептококка группы А.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Где должен лечиться больной?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад).

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У мальчика 5 лет, находившегося в хирургическом отделении по поводу ожога II степени мягких тканей правого бедра, на 5-й день болезни повысилась температура до 38,0 °С, ухудшилось общее состояние и появилась сыпь. При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие нарушено, вяловат, капризен. На туловище и конечностях на гиперемированном фоне мелкоточечная сыпь, больше на внутренних

поверхностях и с преимущественной локализацией вокруг ожога. Увеличены паховые лимфатические узлы справа. Катаральных явлений нет, зев спокоен, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 140 уд/мин, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Менингеальных знаков нет.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Где должен лечиться больной?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Лечебная тактика.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Мальчик 10-ти лет, семь дней назад вернулся из деревни, где проводил зимние каникулы, там ел салат из свежей капусты, хранившейся в подвале. Заболел остро с повышения температуры до 38 –38,5°С в течение 6 дней, снижения аппетита, слабости, появления катаральных явлений (насморк, першение в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной и околопупочной области, повторная рвота, кашицеобразный стул до 6-8 раз в сутки с примесью слизи в течение 4-х дней. Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острого аппендицита был снят и мальчик был переведен в инфекционное отделение с диагнозом: «Кишечная инфекция. ОРВИ». В последующие дни, появилась легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит. В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 36 мкмоль/л, конъюгированный – 26 мкмоль/л, АлАТ- 600 ед., маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. В общем анализе крови: Нв - 133 г/л. Эр. - $4,0 \times 10^{12}$, Лейк.- $14,0 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с/я -48%, баз - 1%,э-4, л/ф - 22%. мон - 15%, СОЭ - 25 мм/ч.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данное заболевание.
4. Тактика лечения.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо проводить в очаге?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0 °С, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение. В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7 °С, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар. При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемированы. в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

РНГА с кишечной иерсиниозным диагностикумом на 3-й и 10-й день болезни (-); РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом (+) в разведении 1:50 (3-й день болезни) и 1:200 (10-й день). Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы, сальмонеллы, УПФ, иерсинии (-).

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больному.
4. Назовите критерии выписки из стационара.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 4-х лет заболел остро, поднялась температура до 37,8 °С, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах, самочувствие больного страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач. При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, температура 38,0 °С, лицо

пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Другой патологии не найдено. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 2 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, несмотря на отсутствие противопоказаний. Ясли не посещает.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Обоснование диагноза.
3. Назначьте лечение больному.
4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
5. Профилактические мероприятия в детском саду и семье.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У ребенка 5 лет на фоне температуры $37,3^{\circ}\text{C}$ и легких катаральных явлений появилась сыпь на всех участках тела. На дом вызван участковый врач. При осмотре: состояние больного ближе к удовлетворительному, температура $37,3^{\circ}\text{C}$, имеется небольшая заложенность носа, увеличены затылочные, заднешейные лимфатические узлы. На неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей мелкая пятнистая сыпь со сгущением на разгибательных поверхностях рук, спине и ягодицах. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, чсс- 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены.

Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Назовите специфические методы диагностики данного заболевания.
4. Распишите лечение больному.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышения температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, отказался от еды, на коже выявлены

элементы пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи. Самочувствие больного нарушено незначительно, ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
2. Назначьте обследование.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 2 дней жизни поступил в инфекционный стационар по поводу везикулезной сыпи. Ребенок от I беременности. Роды на 38-й неделе беременности, масса тела при рождении 2 850 г, длина 49 см. Матери ребенка 18 лет. Беременность протекала с угрозой выкидыша в I половине.

За 17 дней до рождения ребенка мать перенесла типичную форму ветряной оспы средней степени тяжести (последние элементы сыпи отмечались за 12 дней до родов). С момента рождения у ребенка выявлена необильная папулезно-везикулезная сыпь на голове, руках, ягодицах, животе. При поступлении общее состояние новорожденного удовлетворительное. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей, ягодиц необильная папулезновезикулезная сыпь, располагающаяся на неизменном фоне кожи. Везикулы однокамерные, с серозным содержимым, окружены венчиком гиперемии. Слизистые оболочки розовые, чистые. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, селезенка не пальпируется. Новые элементы появлялись в течение 2 дней, в последующем подсыхали с образованием корочек. На 8-й день после рождения корочки отпали. Температура тела в течение всего времени оставалась нормальной. Клинических признаков поражения нервной системы не было. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 9-й день жизни.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите показания для госпитализации больных с данной патологией.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 10-ти месяцев, болен в течение 3-х дней: вяловат, капризен, снижен аппетит, отмечается подъем температуры до 38,5-39,0 °С, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа. Осмотрен участковым врачом, направлен на госпитализацию в стационар. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,5 °С, отмечается отечность век, гиперемия конъюнктив. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. В зеве умеренная разлитая гиперемия, миндалины 1 степени, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугриста. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-120/л. Печень +3,0 см, селезенка +1,5 см. Мочится свободно, стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 133 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - 10×10^9 /л; п/я-3%, с/я- 38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ-4 мм/час.

Реакция иммунофлюоресценции: Парагрипп (-), грипп (-), РС (-), аденовир.(+).

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией глаза.
4. Назначьте лечение.
5. Когда ребенок может быть выписан из стационара?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 10 лет заболел остро 1 февраля с повышением температуры до 39,0 °С, головной боли, болей в мышцах. На второй день температура повысилась до 40, °С, появились озноб, тошнота, рвота после приема лекарств. Вызвана «скорая помощь», ребенок госпитализирован в стационар. Состояние ближе к тяжелому, вялый, адинамичный. Кожа бледная, в области плеч редкие петехиально-геморрагические элементы сыпи, отмечается инъекция сосудов склер. Пальпируются заднешейные и тонзиллярные лимфоузлы до 0,5 см в диаметре. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Умеренная тахикардия. Живот мягкий, печень не увеличена. Стула не было. При осмотре ротоглотки:

яркая разлитая гиперемия, точечные кровоизлияния на мягком небе, зернистость на дужках, бугристость, сухость задней стенки глотки. Менингеальные знаки отрицательные. Известно, что в школе, которую посещает ребенок, зарегистрированы случаи гриппа.

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте обследование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какое профилактическое мероприятие могло бы предотвратить данное заболевание?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 10-ти месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до 38,5 °С, появления "лающего" кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа, затрудненного дыхания, беспокойства. Машиной «скорой помощи» ребенок был доставлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в мин) инспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западением яремной ямки и эпигастрия. Отмечается периоральный цианоз, цианоз кончиков пальцев, "мраморный" рисунок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Кашель грубый, лающий. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС – 130, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), РСВ (-), Аденовирусы (-)

Клинический анализ крови: Нб - 130 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я- 41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ- 10 мм/час.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Окажите помощь на догоспитальном этапе. Назначьте лечение в стационаре.
5. Какова профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

У непривитого ребенка 6 месяцев заболевание началось 2 недели назад с появления сухого кашля, незначительной заложенности носа с серозным отделяемым, повышения температуры тела до 37,3 °С, легкого насморка. Ребенок был осмотрен участковым врачом, выставлен диагноз:

ОРВИ, легкая форма, назначено амбулаторное лечение. Эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Через неделю мама заметила, что кашель принял приступообразный характер, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты и рвотой. Повторно был вызван участковый врач, ребенок направлен в инфекционный стационар. При осмотре в стационаре ребенок капризный, бледный, лицо и веки пастозные. Увеличены шейные лимфатические узлы. Носом дышит свободно. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Легочный звук с коробочным оттенком над всеми полями легкого, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Число приступов кашля до 28 в сутки, приступы кашля сопровождаются репризами, рвота в течение суток 3-4 раза. Отмечалась задержка дыхания до 15-20 секунд. Сердечные тоны ритмичные, чсс-110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул густой.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. В каком обследовании нуждается ребенок?
4. Назначьте лечение.
5. Как будете дальше прививать ребенка?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенку 4 года, болен в течение 2-х недель. Заболевание началось с покашливания, постепенно кашель усиливался, стал мучительным, навязчивым, а через неделю – приступообразным. Температура не повышалась. Во время приступа кашля лицо краснеет, вены лица и шеи набухают. Приступы кашля заканчиваются отхождением вязкой мокроты. Количество приступов за сутки до 10. При осмотре больного: в межприступный период состояние не изменено, отмечается незначительная одутловатость лица, перкуторно – над легкими коробочный оттенок звука, при аускультации – жесткое дыхание. Другой патологии не выявлено. Ребенок привит АКДС – вакциной – однократно в 3 мес, после чего отмечалась выраженная аллергическая реакция (сыпь, гипертермия)

и в дальнейшем ребенок прививался АДС-М анатоксином. Дома в течение месяца кашляет старший брат больного.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
4. Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Ребенок 6-ти лет, прибыл с родителями в Краснодар из туристической поездки в Индию 4 месяца назад. Заболел остро с озноба и повышения температуры до 39 °С, температура держалась 6 часов, затем нормализовалась. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. В течение двух дней температура была нормальной, самочувствие не страдало, а на третий день в первой половине дня вновь отмечался озноб, подъем температуры до 39,2 °С. Была вызвана «скорая помощь» и ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура 37,8 °С, кожные покровы с желтоватым оттенком, повышено потоотделение. Отмечается краевая иктеричность склер, катаральный конъюнктивит, склерит. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС- 132 в минуту, систолический шум на верхушке. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень: +2,5 см., селезенка на 3 см выступает из-под края ребра. Цвет мочи и кала не изменен. Сознание ясное, менингеальных знаков нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Распишите план контрольного обследования больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка 8 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до 37,5 °С. Участковый врач диагностировал лакунарный тонзиллит, взял мазок на коринебактерии дифтерии, назначил лечение (полоскание горла раствором фурацилина, ампициллин по

200тыс. 4 раза в сутки внутрь). Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпателем, но не полностью растирались между предметными стеклами. Температура тела снизилась до нормальных цифр. Из прививочного анамнеза известно, что в 3 месяца девочка была привита против дифтерии АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Вторую вакцинацию ребенок получил в 5 месяцев АКДС –М анатоксином, первую ревакцинацию - в 1 год 6 месяцев – АДСМ анатоксином. В 7 лет ревакцинация не проводилась. В посевах слизи из зева и носа выделена коринебактерия дифтерии митис токсигенная. Общий анализ крови: Нв - 156 г/л, Эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-4%, с/я- 65%, б – 1% л- %, м-12%, СОЭ- 16 мм/час.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.
5. Назовите возможные исходы заболевания.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 6-ти лет, накануне было переохлаждение. Заболел остро с повышения температуры до 38,5 °С, появились боли в горле при глотании. Температура повысилась до 38,5-39,0 °С и сохранялась весь последующий день. Лечились самостоятельно (полоскание горла отваром ромашки, парацетамол), эффекта не наблюдалось. На третий день был вызван участковый врач. При осмотре: ребенок вялый, адинамичный, аппетит снижен, 37,8 °С., румянец на щеках, увеличены тонзиллярные лимфоузлы до 1 см в диаметре, отека подкожной шейной клетчатки нет. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, "- +" ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве нет. По органам без особенностей.

1. Поставьте диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 11 лет, возвратился из туристической поездки. Вечером повысилась температура до 37,8°C, стал жаловаться на головную боль. На следующий день температура 38-38,5°C, осмотрен участковым врачом. При осмотре: ребенок вяловат, снижен аппетит, температура до 38,3°C.

Кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет. Катаральной симптоматики нет. По внутренним органам без патологии.

St. localis: тонзиллярные лимфоузлы до 0,7-1 см, безболезненные. Рот открывает свободно. Отмечается небольшая отечность слизистой ротоглотки, в зеве умеренная гиперемия, налеты на обеих миндалинах, располагаются "+" ткань, серого цвета, грубые, плотные, не снимаются шпателем, не растираются, сплошь покрывают ткань миндалин. Отека подкожной шейной клетчатки нет. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ, АКДС привит однократно в 3 мес, после чего отмечалась высокая температура и пронзительный крик. Мать отказалась от дальнейших вакцинаций. В поездке был в контакте с больным ангиной.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Где и как будете лечить больного?
4. Назначьте полное обследование.
5. Укажите возможный источник инфицирования.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышением температуры до 38,5°C -39,0 °C, выраженной боли в горле, головной боли, рвоты, слабости. К врачу обратились на 2 день болезни. При осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины II степени, покрыты толстыми серыми пленками, сплошь покрывающими миндалины, располагаются «+» ткань. Тонзиллярные лимфатические узлы до 2 см. Предложено лечение в стационаре. Но родители отказались от госпитализации. На следующий день (3 день болезни) состояние еще более ухудшилось, больной госпитализирован.

Состояние тяжелое, бледен, была двукратная рвота, температура 37,2°C. Гиперемия слизистой ротоглотки застойная, миндалины III степени, покрыты сплошными, серого цвета налетами, переходящими на дужки, мягкое небо, не снимаются. Отек слизистой ротоглотки выраженный. Тонзиллярные лимфоузлы до 4-5 см., плотные, болезненные. Отчетливо виден отек подкожной клетчатки

до середины шеи справа и до ключицы - слева. Тоны сердца приглушены. Другой патологии не выявлено.

1. Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз
4. Назначьте полное обследование в отделении.
5. Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы..

У больного, проходящего лечение в инфекционном стационаре с диагнозом: Дифтерия ротоглотки токсическая III степени на 4 день лечения в стационаре получен высеv токсигенных коринебактерий дифтерии "гравис". С 6-7 дня болезни состояние больного ухудшилось: появился субфебрилитет, периодически отмечается повторная рвота, вялость, бледность, значительно приглушены тоны сердца, тахикардия, Ps – 118, снижено А/Д 80/45 мм.рт.ст., расширена на 1,5см левая граница сердца, увеличены размеры печени.

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование и консультации.
4. Распишите лечение.
5. Каков прогноз у данного больного?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 7 лет болен в течение нескольких дней: беспокоит заложенность носа, боли в горле при глотании, отмечается повышение температуры тела до 38°C. Участковым врачом был диагностирован лакунарный тонзиллит, назначен эритромицин. На фоне проводимой терапии сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Участковым врачом направлена на госпитализацию в стационар с подозрением на дифтерию ротоглотки. При поступлении : состояние средней степени тяжести, температура 38,5°C, лицо одутловатое, дыхание через нос затруднено, отделяемого нет, голос с носовым оттенком, краевая субъиктеричность склер. В области шеи с обеих сторон, больше справа, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфатические узлы, с отеком тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке – яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого

цвета, снимаются, растираются шпателем. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под ребра на 2,5 - 3 см. Моча насыщенная.

Клинический анализ крови: Нб - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л; п/я-8%, с/я-13%, э-1%, л- 40%, м-13%; атипичные мононуклеары -25%, СОЭ- 25 мм/час.

Положительный результат на ДНК ВЭБ (ПЦР), в реакции ИФА обнаружены EBV – VCA (капсульный) IgM и EBV – EA (ранний) – IgG.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенку 5 лет. Против дифтерии не привит, так как на I вакцинацию АКДС была реакция ($t 39,5^{\circ}\text{C}$, судорожная готовность). Относится к группе ЧБД. Заболел 5 дней назад, повысилась температура до 38°C , которая сохраняется до настоящего времени, жалуется на боль в горле, затруднение носового дыхания. Вызвана «скорая помощь», госпитализирован с диагнозом: Лакунарный? Некротический? тонзиллит. При осмотре: состояние средней степени тяжести, вяловат, голос гнусавый, в ротоглотке – яркая распространенная гиперемия, зернистость слизистой, наложения по лакунам и (+) ткань желто-белого цвета, снимаются, растираются шпателем. Увеличены тонзиллярные л/у 2×3 см, переднешейные и заднешейные в виде конгломерата 5×6 см с пастозностью вокруг. Живот вздут, печень +3 см из под края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Менингеальных знаков нет. Температура нормализовалась к 10-му дню болезни. Самочувствие улучшилось через 3 – 4 дня. Через 6 дней исчезли наложения, к 10 – 12 дню значительно уменьшились лимфатические узлы, размеры печени.

В клиническом анализе крови: Нб 115 г/л, Л – $13,5 \times 10^9$ /л, п/я-7, с/я-14, л-50, м-10, атипичные мононуклеары – 19%, СОЭ- 28мм/час.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенку 8 лет, заболел 1 августа с повышения температуры до 38,7°C, головной боли, повторной рвоты, болей в животе и мышцах спины. Вызвана скорая помощь, ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, беспокоит головная боль, повторная рвота. Кожа бледная, сыпи нет. Явления катарального конъюнктивита, склерита.

Пальпируются заднешейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 96 в минуту. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, задняя стенка глотки бугристая, на дужках единичные элементы везикулезных высыпаний. Стул оформленный. Мочится достаточно. Сознание ясное. Выявлена ригидность мышц затылка на 1 см, положительный симптом Кернига слева под углом 160°, справа - 140°. Сухожильные рефлексы оживлены. ЧМН интактны. Параличей, парезов конечностей – нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Назначьте необходимое обследование.
4. Распишите лечение больному.
5. План диспансерного наблюдения ребенка после выписки из стационара.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован. Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела – 39,0°C. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Обе околоушные железы увеличены в размерах, слегка болезненны. Пальпация в области эпигастрия болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. По другим органам – без патологии.

Клинический анализ крови: Нв – 140 г/л , Эр – $4,3 \times 10^{12} \text{ /л}$, Лейк – $8,2 \times 10^9 \text{ /л}$; п\я-3%, с\я- 63%, л- 21%, м-12 %, плазматические клетки – 1%, СОЭ- 8 мм\час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – нет, глюкоза – нет, эритроц. – единицы, лейкоциты – 2 – 3 в п\з.

В посеве слизи из ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
3. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?
4. Назначьте лечение.
5. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребенка 3 лет заболевание началось с повышения температуры до субфебрильных цифр, легких катаральных симптомов, двукратно разжиженного стула. На 4-й день утром мальчик не смог встать на ноги. Был вызван участковый врач. При осмотре: выявлена гипотония в нижних конечностях, сухожильные рефлексы не вызываются. Направлен в стационар с диагнозом: ОВП. При поступлении в стационар температура тела нормальная. Общее состояние тяжелое, ребенок бледен, выражена потливость, лабильность пульса. На ногах не стоит, сидеть без поддержки не может. Справа коленный рефлекс не вызывается, выраженная гипотония мускулатуры, нога без движения. Слева - коленный рефлекс снижен, сохранены легкие движения. Осмотрен неврологом, даны рекомендации по обследованию и лечению. Через 25 дней движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, в левой -восстанавливаются, коленный рефлекс справа не вызывается. Объем правой нижней конечности на 1-2 см меньше, чем слева. Движения в левой ноге восстанавливаются. Через 2 месяца движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, коленный рефлекс не вызывается, нога на 1,5 см тоньше, чем левая.

При вирусологическом исследовании на полиомиелит обнаружен завезенный дикий вирус полиомиелита II типа. В РН титр антител к вирусу полиомиелита I типа при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:128.

В РН титр антител ко II серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:512.

В РН титр антител к III серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, при втором исследовании – 1:128.

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Распишите лечение.
4. Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?
5. Рекомендации по диспансерному наблюдению.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик, 6 мес., 25 октября получил первую вакцинацию АКДС (инъекция сделана в левую ягодицу) и первую вакцинацию против полиомиелита. До 6 мес. ребенок по рекомендации невролога имел мед. отводы от профилактических прививок (перинатальное поражение ЦНС). 10 ноября (на 15 день после вакцинации) повысилась температура до 38,4°C, появилась слабость, снижение аппетита, 2 раза в течение суток был разжиженный стул. На следующий день температура нормализовалась, а 13 ноября мама заметила ограничение движений в правой ножке. В этот же день обратились в поликлинику, где ребенок был осмотрен педиатром, неврологом и хирургом, направлен на лечение в детский инфекционный стационар. При осмотре в стационаре соматической патологии выявлено не было. В неврологическом статусе: сознание ясное, активные движения в руках и левой ноге – в полном объеме, в правой ноге – движения отсутствуют. Мышечный тонус в руках и левой ноге повышен, а в правой ноге – гипотония, резко выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы в руках и левой ноге оживлены. В правой ноге коленный рефлекс не вызывается. Ахиллов – снижен. Слева положительный симптом Бабинского, справа – он отрицательный. Опоры на правую ногу нет. Болевая чувствительность в руках и ногах сохранена. Со стороны черепных нервов – без патологии, из менингеальных знаков – сомнительная ригидность затылочных мышц. На фоне лечения была отмечена положительная динамика, но к выписке (через 1 месяц) остается гипотония мышц в правой ноге, низкий коленный рефлекс, объем правого бедра на 0,5 см меньше, чем слева. Через 60 дней от начала болезни: сохраняется гипотония и выросла гипотрофия мышц правого бедра до 1 см. Из фекалий выделены вакцинные штаммы вируса полиомиелита 2 и 3 типов. В РН титр антител ко 2 типу вируса полиомиелита в 1 сыворотке – 1:128, во 2 сыворотке – 1:512.

1. Поставьте клинический диагноз. Приведите обоснование диагноза.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дообследование.
4. Распишите лечение.
5. Распишите диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок, 1 год, заболел 10 часов назад, когда повысилась температура до 39,5 °С, появился озноб, общее беспокойство, повторная рвота. Затем, через 4 часа температура стала снижаться, ребенок стал сонливый, адинамичный, бледный. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура 36,0 °С, кожные покровы бледные с серым колоритом, руки и ноги холодные, слизистые цианотичные.

Множественная, геморрагически – некротическая сыпь от точечной до 1,5 см в диаметре.

Высыпание началось в момент транспортировки больного с лица и верхней части туловища, затем сыпь распространилась по всему телу и конечностям, появились высыпания на слизистых.

Симптом "белого" пятна 14 сек., тахикардия -180 в мин. Тоны сердца приглушены, печень + 3см.

АД – 70/50 мм.рт.ст. Мочится редко. Симптом Кернига под углом 130 °, ригидность мышц затылка 2 см.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии.
5. Распишите план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 3-х лет заболел остро с подъема температуры до 39,5 °С , общего беспокойства, возбуждения. Через 2-3 часа стал жаловаться на головную боль, появилась повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, гиперемия ротоглотки, тахикардия. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар. В приемном покое состояние расценено как тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,5 °С, сохраняется повторная рвота. Отмечается ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 110-120°. В анализе СМЖ: мутная, цитоз – 2000 клеток, 98% сегменты, 2 % – лимфоциты, белок – 1600 мг\л, сахар 2,8 ммоль\л, реакция Панди – +++. На фоне проводимой терапии через 3 дня состояние улучшилось, температура нормализовалась, исчезла рвота и головная боль. Значительно уменьшились менингеальные знаки. При проведении люмбальной пункции на 8-й день

болезни ликвор нормализовался. РЛА с ликвором – обнаружен менингококковый антиген.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы.
5. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребенка 6 лет на фоне температуры 37,2° С появилась сыпь на всех участках тела. Был вызван участковый врач. При осмотре состояние мало нарушено, на неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей со сгущением на разгибательных поверхностях рук, на спине, ягодицах,

мелко - пятнистая сыпь. Пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфатические узлы. В зеве легкая разлитая гиперемия. Кашля, насморка нет. По внутренним органам без патологии. По социальным показаниям девочка была госпитализирована в стационар. На 5-й день пребывания в отделении, состояние ребенка ухудшилось, ночью повысилась температура до 38,5 °С, появилось возбуждение, бред, галлюцинации. В неврологическом статусе: оглушенность, сомнительные менингеальные знаки, нистагм, сходящееся косоглазие, слева тремор, высокие сухожильные рефлексy с анизорефлексией, положительный симптом Бабинского с обеих сторон. Неврологические симптомы стали уменьшаться с 12-го дня болезни. Выписана домой на 22 –й день болезни без остаточных явлений.

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснование диагноза.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Распишите лечение.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка, 6 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 38,5 °С, кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась на высоких

цифрах, усилились катаральные явления: кашель стал грубый, частый, появилась светобоязнь, отечность век. На 4-й день болезни температура тела повысилась до 39,5 °С, на лице, за ушами появилась пятнистопупулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, исчезли катаральные явления, стала угасать сыпь. Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на резкую головную боль, была повторная рвота, затем потеря сознания, судороги. Бригадой реанимационной помощи госпитализирована в стационар. При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. Сомнительные менингеальные знаки. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, наложений на миндалинах нет. Слизистая рта шероховатая. По внутренним органам патологии не выявлено. Спинальная пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз – 300 клеток, лимфоциты - 98%, нейтрофилы -2%, белок -0,165 г\л, сахара - нет. Клинический анализ крови: Hb - 120 г\л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ \л, Лейк - $8,4 \times 10^9$ \л; п\я-3%, с\я- 42%, э-5%, л- 43%, м-7, СОЭ-22мм\час. ИФА -обнаружены IgM к вирусу кори.

1. Поставьте клинический диагноз и приведите обоснование диагноза.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение
4. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
5. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В мае месяце, через 4 дня после укуса клеща, ребенок 12 лет пожаловался на повышение температуры до 38,5 °С, головную боль, повторную рвоту. За медицинской помощью не обращались. На следующий день температура повысилась до 39 °С, появилось психомоторное возбуждение, генерализованные судороги. Вызвана «скорая помощь». Ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, ребенок находится в сопоре, выявлена ригидность затылочных мышц на 2 см, симптом Кернига под углом 160°. С обеих сторон положительные симптомы верхнего и нижнего Брудзинского. В правой руке и ноге движение мышц менее активное, здесь же более высокий тонус и рефлексы, положительный симптом Бабинского, подергивание мышц лица и шеи. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В анализе СМЖ: жидкость прозрачная, вытекает под давлением, цитоз - 120 клеток, из них 80% - лимфоциты, 20% - сегменты, белок - 425 мг\л.)

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования больного. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назначьте лечение.
4. Какие мероприятия могли предупредить такое течение болезни после укуса клеща?
5. Специфическая профилактика клещевого энцефалита.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка 10-ти лет, вернулась из похода, где питалась консервами, жареными грибами, купалась в пруду и пила некипяченую воду. По возвращении домой жаловалась на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. На следующий день появилось головокружение, поперхивание при питье воды. Госпитализирована «по скорой» с подозрением на «Отравление грибами». Объективно в стационаре: состояние тяжелое, температура тела 37,2 °С. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, першение в горле, гнусавость, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное. ЧД – 44 в мин. Тоны сердца приглушены. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, глотание затруднено, поперхивается. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков. Анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии на кишечную и тифо-паратифозную группу не выявлены.

Клинический анализ крови: Нв- 134 г/ л. Эр – $4,06 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $8,0 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с/я – 54%, э – 3%, л – 30%, м – 6%, СОЭ – 10 мм/час. Серологическое исследование: РНГА с эритроцитарными антигенами шигелл Зонне, Флекснера, комплексным сальмонеллезным групп А, В, С, Д – отрицательная.

1. Поставьте клинический диагноз с обоснованием.
2. Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи и почему?
3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза
4. Назначьте лечение.
5. Какие меры проводятся при групповой заболеваемости в очаге всем лицам, употреблявшим подозреваемый продукт?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик П., 12 лет, вечером вернулся с рыбалки в хорошем настроении и самочувствии. Утром почувствовал слабость, головокружение, не встал с постели, была рвота, 1 раз жидкий стул. Температура нормальная. Вызван врач. Мальчик направлен в стационар. В стационаре при выяснении анамнеза установлено, что на рыбалке ел уху и томаты из банки с герметической крышкой. Более подробно анамнез собрать не удалось, т.к. мальчик с трудом отвечает на вопросы, речь невнятная, смазанная. Общее состояние тяжелое, не сидит, не стоит, не может поднять руку, ногу. Резко выражена общая адинамия, гипотония. Отмечается двусторонний птоз, нарушение конвергенции глазных яблок, мидриаз, зрение снижено, перед глазами туман, предметы двоются. Плохо глотает, небный рефлекс не вызывается. Сухость во рту. Сухожильные рефлексy так же отсутствуют. Нарушен ритм дыхания, экскурсия грудной клетки ограничена. Температура остается нормальной.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать, укажите тяжесть болезни
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Мероприятия в очаге (на рыбалке было 7 человек)?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Больной 10 лет поступил в инфекционное отделение на 6-й день болезни. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с повышения температуры до 39 °С, головной боли, слабости. Периодически беспокоили боли в животе, на второй день присоединилась рвота 2-3 раза в день, стул задержан. Температура все дни высокая, с размахами между утренней и вечерней, носит стойкий характер, кратковременно снижается от дачи жаропонижающих средств. Амбулаторно лечился участковым врачом с диагнозом «ОРВИ», отсутствие положительной динамики явилось основанием для госпитализации в стационар. Состояние при поступлении тяжелое: вялый, заторможен, жалуется на головную боль, боли в животе, аппетит отсутствует. Кожа бледная, суховатая, отмечается желтушность подошв и ладоней. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 64 удара в минуту. Язык обложен густым коричневым

налетом. В зеве умеренная гиперемия. Живот слегка вздут, при пальпации отмечается болезненность и урчание в правой подвздошной области, крепитация. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стула не было 3 дня, мочится достаточно. Менингеальных знаков нет. Из эпиданамнеза известно, что месяц назад ребенок отдыхал в городе Душанбе.

1. О каком заболевании и на основании чего можно думать?
2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.
3. Назначьте больному лечение.
4. Показания для выписки больного из стационара.
5. Укажите план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 6 лет посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями. Заболел остро: повысилась температура тела до 39 °С, была повторная рвота и жидкий стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,5 °С, появились кратковременные судороги клонического характера, участился стул до 14 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после литической смеси и седуксена прекратились. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в мин., тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи, сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Кернига и Брудзинского - положительные. Клинический анализ крови: Нб - 150 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-12%, с/я- 60%, э-2%, л- 20%, м-6%, СОЭ- 22 мм/час. Копрограмма: конс.-жидкая, слизь - большое кол-во, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), Крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты -30-50 в п\з, эритроциты - до 100-150 в п\з, яйца глистов - отрицательно. РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.

2. Определите тип диареи. Предполагаемая этиология заболевания.

3. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?

4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, средства этиотропного и патогенетического воздействия).

5. Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок 3 лет из группы часто болеющих детей заболел остро ночью, повысилась температура до 37,6°C, озноб, боли в животе. На следующий день на фоне высокой температуры дважды вырвало, появился жидкий стул 6-8 раз, в последних порциях стула – гной, кровь. «Скорой помощью» доставлен в стационар. В стационаре состояние очень тяжелое. Стойко температурит, 38,5-39,5°C. Ребенок вялый, от еды отказывается. Кожные покровы бледные. Определяется выраженная тахикардия, приглушенность сердечных тонов. Выраженные боли в животе, тенезмы. Стул без счета, без каловых масс, с большим количеством слизи, гноя, крови. Живот втянут, сигмовидная кишка резко болезненная, спазмирована. Анус податлив, сфинктерит. На фоне лечения симптомы токсикоза сохранялись в течении 7 дней, дисфункция кишечника – 15 дней, гемоколит – 8 дней. На 4 сутки госпитализации возникло кишечное кровотечение. При бак. исследовании кала на 4 сутки выделена в. Sh. Flexneri 2a, чувствительная к амикацину, рифампицину, бактериофагу.

1. О каком типе диареи идет речь при поступлении.

2. Представьте обоснование диагноза.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Назначьте лечение.

5. Ведение больного в периоде реконвалесценции.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 7-ми месяцев. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5- 38,6 °С, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки). На третий день состояние ухудшилось, narosла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и

зелени, в некоторых порциях примесь крови). На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8°C. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, ЧД 46 и мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 150 в мин. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +2 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, энтероколитного характера, сохраняется примесь слизи, зелени и крови. Накануне заболевания ел творог, хранившиеся в холодильнике 3 дня, манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза. Клинический анализ крови: Нь - 120 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц - $12,5 \times 10^9$ /л; п/я-10%, с/я- 60%, л-28%, м-2%, СОЭ-25 мм/час.

КОС: рН крови - 7,32; PCO₂ - 30 мм рт. ст., BE - (- 8,0), PO₂ - 78мм. рт.ст.

Электролиты крови: калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033 г/л, глюкоза - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з, эпиг-ед в п/з.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.

2. Предполагаемая этиология, и с какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь?

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Назначьте лечение.

5. Из чего будет складываться суточный объем жидкости, необходимый данному ребенку? Какой процент от суточного объема введете внутривенно капельно? Выберите стартовый раствор для проведения инфузии внутривенно капельно.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 3 месяца, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получил инфузионную терапию, в/м инъекции. Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота, единичные геморрагические высыпания на шее и лице. При поступлении состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер яркая, резкая вялость с периодичным беспокойством, аппетит снижен, ЧД 60 в мин., пульс

160 уд./мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги. На 3 день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций, рвота "кофейной гущей". Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились на 0,5 см. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 180 мкмоль/л, конъюгированный – 90 мкмоль/л, АлАТ – 260 Ед./л, АсАТ – 300 Ед./л, тимоловая проба – 10 Ед., сулемовая проба – 1,5 Ед., протромбиновый индекс – 15%. Маркеры вирусных гепатитов: HbsAg – не обнаружен, анти – Hbc IgM – обнаружены, анти HDV IgM – обнаружены, РНК HDV – обнаружена.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные исходы заболевания.
5. Какова профилактика?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 4 лет, заболел остро, с подъема температуры тела до 38 °С, появления легких катаральных симптомов, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача - ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит удовлетворительный, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Пальпируется печень +2,5 см, плотноватой консистенции, болезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. Стул светлый. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина – 80 мкмоль/л, конъюгированного – 50 мкмоль/л, активность АлАТ- 110,0 Ед./л., АсАТ- 83,0 Ед./л. (N -40 Ед./л), тимоловая проба – 22 ед. Маркеры вирусных гепатитов: HBs Ag (-), anti- HCV (-), anti- HAV IgM(+). Данные УЗИ исследования органов брюшной полости: печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа - без патологии. Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр - $4,08 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,4 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я- 49%, э-1%, л- 40%, м-8%, СОЭ- 10 мм/час.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
5. Предполагаемый прогноз болезни.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка 8 лет, поступила в клинику из детского дома с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе. При поступлении: определялась краевая иктеричность склер, легкая иктеричность кожи, зев спокоен. В легких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1.5-2.0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся. В биохимическом анализе крови: уровень билирубина общего – 72 мкмоль/л, конъюгированный 60 мкмоль/л, активность АЛАТ – 123 Ед/л, АсАТ - 85 Ед/л. Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, эр - 3.82×10^{12} л, Лейк - 5.0×10^9 /л; п/я 3%, с/я 53%, э - 2% лимф. – 40%. Мон.- 2% СОЭ- 10 мм/час. В моче: обнаружены уробилин и желчные пигменты. Серологические вирусные маркеры: anti-HCV (+), РНК HCV (+). HbAg (-), anti-Hbc IgM (-). Анти - HAV IgM (-).

1. Поставьте клинический диагноз и назовите предполагаемый путь инфицирования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные варианты исходов этой болезни.
5. Какова профилактика?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Больной 13-ти лет заболел 3 дня назад с повышения температуры до субфебрильных цифр, появления тошноты, повторной рвоты, болей в животе, суставах, слабости, потери аппетита. Дома лечили парацетамолом, маалоксом. На 4-й день болезни потемнела моча, кал стал серого цвета, на 5 день заметили желтушность кожи и склер. Вызвали участкового врача, который направил больного на госпитализацию с диагнозом вирусный гепатит. Эпид. анамнез: в контакте с инфекциями не был, 3 месяца назад лечился у стоматолога.

Состояние при поступлении тяжелое, вялый, на приеме была рвота, температура тела нормальная, кожные покровы с яркой желтушностью, склеры диффузно иктеричны, мелкая геморрагическая сыпь на груди, спине пятнисто-папулезная сыпь, расположенная симметрично. В легких – без особенностей. Тоны сердца приглушены, ЧСС 60 ударов в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень + 4 см, плотно - эластической консистенции, болезненна. Стул обесцвечен, моча "цвета пива", количество ее уменьшено. В сознании, адекватен, в контакт вступает, но вял. В биохимии крови: общий билирубин 125 мкмоль/л, конъюгированный – 98 мкмоль/л, АлАТ – 100 Ед/л, АсАТ -85 Ед/л, ПТИ – 50% . ИФА – HbsAg (+), анти – Hbs IgM, HbeAg (+).

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Где заразился больным, назовите сроки инкубационного периода.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз болезни. Какова профилактика?

3. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенку 3 суток. С первых часов после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается. Общее состояние в первые сутки было удовлетворительное, затем появилась вялость, адинамия, нарастало обезвоживание, за сутки ребенок потерял в массе 250 г. Дважды отмечено отхождение скудного, сероватого стула, мочеиспускание 6 раз в сутки. При осмотре выражены признаки обезвоживания (сухая морщинистая кожа, западающие глазные яблоки и родничок, сухие слизистые). Живот мягкий, вздут в эпигастрии. После рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота западают. В анализах крови – гипохлоремия, сгущение крови.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 1,5 лет, который 12 ч назад случайно сделал глоток кипятка. Состояние больного тяжёлое. Выражено слюнотечение. Ребёнок отказывается от еды, мало пьёт, мочится редко малыми порциями. Температура тела 38,5 °С. На слизистой оболочке полости рта видны массивные фибриновые наложения.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Определите тактику лечебных мероприятий на догоспитальном этапе?
3. Составьте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе?
4. Какой метод исследования является решающим?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой прерывания беременности на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации

содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6–7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток. Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2–3 раза скудными порциями. Теряет массу тела. К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Масса тела ребёнка 2150 г, в анализах крови: рН 7,21, рСО₂ 38 мм рт.ст., ВЕ 12, Нб 145 г/л, Нт 68%, натрий плазмы 123 мЭкв/л, калий плазмы 3,8 мЭкв/л.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вас, дежурного врача-педиатра, в 3 ч ночи срочно вызвали к ребёнку в возрасте 3 лет 6 мес. Ребёнок в течение 2 недель находился на лечении в стационаре по поводу токсической пневмонии. За время лечения состояние значительно улучшилось, но за несколько минут до вызова внезапно произошло ухудшение: резко усилилась одышка, стал нарастать цианоз. При осмотре состояние ребёнка крайне тяжёлое, кожные покровы цианотичные с сероватым оттенком, «ловит воздух ртом», дыхание частое, поверхностное, сознание спутанное. При аускультации слева дыхание проводится, справа значительно ослаблено, над правым лёгким коробочный оттенок перкуторного звука. В анализах крови рН 7,21, рСО₂ 52 мм рт.ст., рО₂ 46 мм рт.ст., ВЕ 7 ммоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Составьте план неотложных мероприятий?

4. Какие методы респираторной терапии целесообразно использовать в этом случае?

5. Определите тактику лечебных мероприятий.

6. Какую концентрацию кислорода при проведении оксигенотерапии считают опасной и почему?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился с массой тела 2600 г от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 10–12 нед. Многоводие. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения отмечено обильное выделение пенистой слюны.

При осмотре через 12 ч после рождения состояние ребёнка тяжёлое. В лёгких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в минуту. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой среднеключичной линии. Частота сердечных сокращений 152 в минуту. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошёл.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Во время прыжков с трамплина мальчик 11 лет упал на правый бок и потерял сознание. Ребёнок доставлен в ближайший стационар.

При осмотре мальчик вялый, дыхание частое, поверхностное, слабый акроцианоз. На коже правой половины грудной клетки в заднебоковых отделах определяется обширная гематома с участками ссадин. Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено, больше справа.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребёнка яичек в мошонке. Ребёнку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранён. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В отделении патологии новорождённых лечился ребёнок 26 дней по поводу омфалита и пиодермии. За 2 суток до поступления обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3000 г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и лёгких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии — кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен. Возраст ребенка - сутки. В анализах крови: рН 7,32, рСО₂ 36 мм рт.ст., ВЕ -4, Нб 220 г/л, Нт 65%.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?

3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребенка, 5 месяцев, внезапно появились приступообразные боли в животе, двукратная рвота. При осмотре живот мягкий, в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное. При исследовании через прямую кишку на пальце следы крови.

1. Предварительный диагноз?
2. Типичен ли для данного заболевания описанный анамнез?
3. Предположите срок заболевания.
4. Определите лечебно-диагностическую тактику.
5. Объясните Ваш выбор способа лечения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся 2 ч назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненно, малоподвижно. Кожа мошонки гиперемирована.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В возрасте 21 день у ребенка отмечены ухудшение в состоянии, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава.

Масса тела ребёнка 3600 г. В анализах крови: лейкоцитов $12,5 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 26%, эозинофилы 0%, лимфоциты 60%, моноциты 8%; СОЭ 22 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребёнка 11 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился в срок с массой тела 3200 г. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное.

На 3-и сутки состояние ребёнка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с жёлчью. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, с частотой до 120 в минуту. Живот запавший, умеренно напряжённый, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Масса тела ребёнка 3000 г.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

На 5-е сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребёнка, выражен токсикоз, температура тела 38,8 °С. Ребёнок вял, заметна мраморность кожных покровов с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бёдра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна. Ребёнок за сутки потерял в массе тела 120 г. Масса тела ребёнка на момент осмотра 2800 г.

Общий анализ крови: лейкоцитоз $16,3 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 32%, сегментоядерные нейтрофилы 51%, эозинофилы 0%, лимфоциты 11%, моноциты 6%; СОЭ 6 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился от первой, нормально протекавшей беременности, с массой тела 3600 г. Отмечены вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины растворов по Персианинову и масочной ИВЛ в течение 5 мин.

Через 20 мин возникли приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в минуту. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над лёгкими справа определяется коробочный звук, слева – притупление. Аускультативно справа дыхание не выслушивается, слева ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в минуту. Живот мягкий, обычной формы, печень увеличена на 1 см, меконий отошёл.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребенка двух лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. По словам матери, припухлость появилась сутки назад. Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы, участковый педиатр, осматриваете ребёнка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние 2 дня.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился от первой, нормально протекавшей беременности и нормальных родов, с массой тела 3600 г. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Находился на естественном вскармливании. Прибавка массы тела за месяц 700 г. С месячного возраста ребёнок начал срыгивать створоженным молоком 1–2 раза в день, затем появилась обильная рвота «фонтаном». Осмотрен педиатром в возрасте 1 мес 10 дней, потеря массы тела за неделю 400 г. Состояние тяжёлое, ребёнок вял, тургор тканей снижен, подкожный жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота «фонтаном» с примесью старой крови. Со стороны сердца и лёгких особенностей нет. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области, видна усиленная перистальтика желудка в виде «песочных часов». Масса тела ребёнка 3700 г, в анализах крови: рН 7,56, рСО₂

38 мм рт.ст., BE +12, Hb 112 г/л, Ht 56%, калий плазмы 3,2 мЭкв/л, натрий плазмы 135 мЭкв/л.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы – участковый педиатр. К вам на приём обратились родители ребёнка 3 мес, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видны периостальная реакция и очаг разрежения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объёме безболезненные.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 ч. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластичное болезненное образование размерами 6×4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 8–12 нед, срочных родов, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью жёлчи. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни — стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, потерял в массе тела 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, с мраморностью, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в минуту. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено 60 мл застойного содержимого, окрашенного жёлчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В соматическом отделении находится ребёнок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребёнка нарастает вздутие живота, рвота с примесью жёлчи, одышка. Стула не было в течение 1,5 сут. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Больной 11 лет доставлен в приёмное отделение хирургической клиники машиной скорой помощи с направляющим диагнозом «Синдром отёчной мошонки». Самочувствие больного не страдает, жалобы на умеренные боли в правом яичке, увеличение его в размерах в течение 2 нед. Травму паховой области ребёнок отрицает, температура тела нормальная. При осмотре правая

половина мошонки увеличена в размерах, пальпируется увеличенное до 5×3 см плотное, умеренно болезненное яичко, придаток яичка не изменён. При диафаноскопии увеличенное яичко свет не пропускает. При сборе анамнеза жизни установлено, что ранее больной страдал острым лейкозом, противоопухолевое лечение завершено 3 года назад.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних 2 суток. Появилось вздутие живота. Ребёнок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли сделать очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребенок трех лет, ранее, полгода назад, был оперирован по поводу перитонита аппендикулярной этиологии. Внезапно начались боли в животе, частая рвота, вначале желудочным содержимым, затем с примесью желчи, задержка отхождения газов, отсутствие стула. Поступил в приемный покой детского отделения через 10 часов с момента заболевания.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мать, купая ребёнка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами 12×8×5 см, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. При УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У мальчика 3 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Ребёнок бледен, пониженного питания. Правая половина грудной клетки запавшая, в дыхании не участвует. Перкуторно над правой половиной грудной клетки определяется укорочение лёгочного звука. Аускультативно слева дыхание пуэрильное, справа — ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Средостение смещено вправо.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 8 лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезёнка.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

На 8-е сутки жизни ребенка отмечено значительное ухудшение в состоянии. Выражен токсикоз, температура тела 37,8 °С, сосёт вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый, жидкий, с примесью слизи и зелени. В пояснично-крестцовой области обнаружен участок гиперемии и инфильтрации мягких тканей размером 8×6 см. Кожа горячая на ощупь, отёчная, пальпация резко болезненна. На теле обнаружены единичные гнойничковые элементы, пупочная ранка широкая, с фибринозными наложениями.

Масса тела ребёнка на момент осмотра 3200 г. Общий анализ крови: лейкоцитоз $12,5 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 28%, эозинофилы 2%, лимфоциты 52%, моноциты 10%; СОЭ 6 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребёнок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, движения ограничены.

Вы – врач скорой помощи.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Объём неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Составьте план диагностических мероприятий?
4. Определите тактику лечебных мероприятий.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У ребёнка 9 мес в области наружного угла глаза под кожей определяется плотное округлое безболезненное образование размерами 0,6×0,6 см. Впервые образование обнаружено в возрасте 3 мес, обладает медленным ростом.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Во время оказания акушерского пособия в родах новорождённый получил травму правой ручки. При осмотре в клинике: ручка свисает вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны в локтевом суставе. При ротационных движениях в локтевом суставе определяется крепитация.

1. Определите объём неотложной помощи в условиях родильного дома и тактику педиатра.
2. Показания и сроки перевода в отделение хирургии новорождённых.
3. Поставьте предварительный диагноз?
4. Составьте план диагностических мероприятий?
5. Определите тактику лечебных мероприятий.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

На диспансерном осмотре у 13-летнего подростка выявлено пигментное образование в правой паховой области размерами 4×2 см с размытыми контурами, плотное, с глянцевой поверхностью тёмно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи. Со слов пациента, пигментное пятно не беспокоило его длительное время, однако последние 2 месяца отмечено его увеличение в размерах, изменился его цвет (пятно стало более тёмным), оно стало асимметричным.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У мальчика 10 дней с рождения отмечено увеличение размеров живота за счёт пальпируемого в левой половине неподвижного безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размерами 8×6×4 см. При УЗИ образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена.

Справа почка на обычном месте, без особенностей.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вас вызвали к ребёнку 14 дней жизни. С рождения у ребёнка скудный мекониальный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо — только после клизмы через газоотводную трубку. Трижды была рвота с жёлчью. Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный стул. Потерял в массе тела 200 г.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

3-летний ребёнок упал с высоты 2-го этажа. Были кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Доставлен в стационар машиной скорой помощи. Объективно: в теменно-височной области слева видна травматическая припухлость. Неврологический статус без отклонений от нормы. На рентгенограммах костей черепа травматических повреждений не выявлено. При динамическом наблюдении через 10 ч после травмы состояние больного ухудшилось: появились беспокойство, светобоязнь, головная боль. Вскоре

ребёнок потерял сознание, возникли клонико-тонические судороги слева и правосторонний парез. Выявлены анизокория (левый зрачок шире правого), брадикардия. Артериальное давление 80/40 мм рт.ст.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок родился в срок с массой тела 2800 г. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил.

При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребёнка 2600 г.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Ребёнок 7 лет пожаловался на боль в левой половине мошонки, отёк и гиперемия кожи.

Левое яичко в мошонке, увеличено в размерах, болезненно при пальпации. Травму ребёнок отрицает.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но ребёнка в стационаре не обследовали. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В поликлинику доставлен мальчик 1 месяца с жалобами на вялость, слабость, бледность, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ребёнка ухудшилось, отказывается от еды. Живот увеличился в размерах.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы осматриваете новорождённого в возрасте 3 недель, родившегося с симптомами перенесённой перинатальной гипоксии. Определяется выраженный гипертонус мышц конечностей. Отведение бёдер ограничено.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У новорожденного в течение 24-х часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие допущены ошибки?
3. Есть ли необходимость проводить исследование по Вангенстину?
4. Опишите возможные анатомические варианты порока.
5. Составьте план диагностических мероприятий?
6. Определите тактику лечебных мероприятий.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы осматриваете ребёнка 14 дней и отмечаете, что он держит голову в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Лимфатические узлы не увеличены. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У мальчика 1 мес, с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счёт опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Вы – врач-педиатр родильного дома. Внутривутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек размерами до 14 мм. После рождения этот диагноз был подтверждён. Анализ мочи нормальный.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 3-х лет доставлен в приемное отделение с диагнозом: мегаколон, хроническая непроходимость кишечника. Задержка стула наблюдается с 6-месячного возраста, через 3-4 дня мать делает очистительные клизмы. Мальчик отстает в физическом развитии. Объективно: большой «лягушачий» живот, мягкий, безболезненный. Умеренная гипотрофия.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Составьте план диагностических мероприятий?
3. Какой метод исследования является решающим?
4. Определите тактику лечебных мероприятий?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

4. ПЕДИАТРИЯ

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка А., 8 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар. При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо – положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: Нб - 120 г/л. Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $7,2 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза -нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь – неб.количество. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный -0,6 ммоль/л (норма – 1,1-1,2), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма – 2,2-2,7), фосфор – 1,3 ммоль/л (норма – 1,3-2,1), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200). Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность – прозрачная, белок – 160 мг/л, цитоз – 2 в 3 мкл: нейтрофилы – 0%, лимфоциты – 2%. Рост ребенка на момент осмотра-70 см, вес-8300 гр.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик С., 10,6 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов с массой тела 2900 г, рост-49 см. 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 36,7°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 9500 г, длина 72 см, ОГ-48, ОГК-47 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: X-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. 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. Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $7,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с – 31%, э – 1%, л – 63%, м – 3%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 40,0 мл, уд. вес – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 65,0 г/л, холестерин-4,6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, кальций – 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ – 950 Ед/л (норма – до 600). Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

1. Ваш диагноз?
2. Оцените физическое развитие ребенка.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4. Как проводить лечение?

5. Какова профилактика?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Р., 1 г., поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизжет стены, ест мел). Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина – 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью "Малютка", с 5 месяцев введен прикорм - манная каша, творог, с 9 месяцев - овощное пюре, с 11 месяцев - мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 11мес. мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу. Было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост –74 см, вес-9 кг. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова. Общий анализ крови: Нв - 85 г/л, Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, гематокрит (HCT) – 24%, Ретик. -1,9%, Лейк - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры -нет, слизь - немного. Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевины - 3,2 ммоль/л, билирубин общий - 22,5 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий -138 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,2 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), железо сыворотки - 7,3 мкмоль/л (норма - 10,4-14,2),

железосвязывающая способность сыворотки - 87,9 мкмоль/л (норма - 63,0-80,0).
Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
4. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
5. Каким препаратам в настоящее время отдается предпочтение при терапии подобных состояний?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

У мальчика Ф., 3-х лет, после употребления в пищу ухи 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 в 3 месяца после введения в пищу адаптированной молочной смеси, был переведен на гипоаллергенную смесь – высыпания на коже уменьшились, но совсем не прошли. После года кожные высыпания стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи, беспокоит выраженный зуд. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает бронхиальной астмой. При осмотре: рост ребенка-93 см, вес 18,5 кг. Кожные покровы сухие, отмечается диффузное шелушение. 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. Общий анализ крови: Нб - 112 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 34%, э - 2%, л - 45%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час. Специфический титр антител к рыбе: 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80).

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Назначьте лечение.
4. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
5. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик В., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Hb - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм; признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка. Рост ребенка на момент осмотра - 151 см, вес - 44 кг.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Н., 14 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 4-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. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких везикулярное дыхание, 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. Общий анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $15,0 \times 10^9$ /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 г/л, лейкоц. - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумин 48%, глобулины: альфа 1 - 11%, альфа 2 - 10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины 4,5 ммоль/л. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели. Рост ребенка на момент осмотра в стационаре - 161 см, вес - 50 кг.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
4. Составьте план лечения больного.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка Д., 5 месяцев. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро, с подъема

температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. При осмотре состояние тяжелое. Рост ребенка-64 см, вес-8,5 кг. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей. Общий анализ крови: Нб - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ -15 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

- 1.Обоснуйте диагноз, укажите этиологию заболевания.
- 2.Оцените физическое развитие ребенка.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Назначьте лечение, обозначьте тактику оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.
- 5.Укажите прогноз заболевания.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Родители мальчика М.,4-х лет обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2700 г, длина 52 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. С 5 месяцев отмечаются локальные проявления атопического дерматита. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые протекают с длительным кашлем, носовое дыхание постоянно затруднено. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка –сезонный аллергический риноконъюнктивит, пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого

кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (пертуссин) облегчения не приносило. На третий день болезни появилась одышка, затрудненное свистящее дыхание. Был приглашен участковый врач. При осмотре состояние ребенка близко к тяжелому. Выражены бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, слезотечение, ринорея. Кашель влажный, малопродуктивный. Температура тела 37,2°C. Грудная клетка бочкообразно вздута, перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие свистящие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе, выдох резко удлинен, ЧД - 38 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под правого края ребер. Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, Эр-5,1 x 10¹²/л, Лейк - 4,9x10⁹/л, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышена пневматизация легких, отмечается усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Рост ребенка на момент осмотра-105 см, вес-16 кг.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Напишите план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик С., 10 лет, заболел остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой навязчивый болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние среднетяжелое, жалобы на головную боль, сухой навязчивый кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, конъюнктивы отечны, гиперемированы. Пальпируются передне- и заднешейные лимфатические

лимфоузлы, множественные, мелкие, плотные. Дыхание кряхтящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, Эр-4,9 x 10¹²/л, Лейк – 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ -28 мм/час. Рентгенография органов грудной клетки: отмечается негетерогенное затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя и средняя доля правого легкого вздута, повышена пневматизация. Слева отмечается усиление легочного рисунка. Тень средостения расположена срединно. Рост ребенка на момент осмотра – 140 см, вес-34 кг.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик С., 4 года, поступил в стационар с жалобами на кашель в течение 1,5 месяцев. В течение года посещает детский сад, перенес неоднократно бронхиты с бронхообструктивным синдромом, выявлены антитела к микоплазме пневмонии, пролечен сумамедом. В мае отмечались проявления аллергического риноконъюнктивита, осмотрен аллергологом, диагностирован аллергический риноконъюнктивит, назначен монтелукаст(сингуляр), получал его с мая по сентябрь- жалоб не было. После отмены препарата появился кашель ночной, при физической нагрузке. Постоянно нарушено носовое дыхание. При поступлении: рост-102 см, вес-17 кг. Беспокоит кашель непродуктивный, заложенность носа вне катаральных симптомов. Грудная клетка вздута, перкуторно коробочный оттенок звука, при аускультации жесткое дыхание, выслушиваются диффузные свистящие хрипы, выдох резко удлинен, чд 26 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс -78 в минуту. Семейный аллергоанамнез – у матери поллиноз (аллергический риноконъюнктивит, пыльцевая бронхиальная астма), у бабушки – лекарственная аллергия, экзема. Проведено обследование: анализ крови клинический – Hb 132 г/л, Эр - 4,7x10¹²/л, Л 4,4 x 10⁹/л, э- 8%, п -2%, с -32%, л- 46%, м -2%, СОЭ- 12 мм/ч, Общий Ig E- 203 МЕ/мл, специфический Ig E береза +, ольха ++, полынь ++, дом. пыль ++ Кожные пробы: домашняя пыль № 167 ++, микст сорных трав +++, микст деревьев ++.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Назначьте неотложную терапию.
4. Назначьте профилактическое лечение.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Д., 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита, частых ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 140/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета. Общий анализ крови: Нб - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $12,3 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - мутная, реакция - щелочная, уд. вес - 1020, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты – измененные и неизменённые покрывают все поля зрения, лейкоциты - 20-30 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок – 1 г/л. Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины 53%, α 1-глобулины - 3%, α 2-глобулины - 12%, β -глобулины - 12%, γ -глобулины - 15%, мочевины - 15 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л. Рост ребенка на момент осмотра - 122 см, вес - 25 кг.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного лабораторного и инструментального обследования.
3. Назначьте необходимое лечение. Окажите неотложную помощь при появлении симптомов острого нарушения мозгового кровообращения.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Какие цели дальнейшего диспансерного наблюдения на участке данного пациента?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка Ж., 9 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5°C. Больна 3-й день. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г., период новорожденности без особенностей. Болела ОРВИ, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощен. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38,5°C. Тоны сердца ритмичные, ясные, тахикардия до 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный над лобком и в боковых отделах. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 63%, л - 25%, э - 2%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: количество 150 мл, мутная, желтая, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 30-60 в п/зр., эритроциты - 5-6 в п/зр. Бак. посев мочи: высеяна кишечная палочка (1 млн. бактерий в 1 мл мочи), чувствительная к амоксиклаву, цефалоспорином 2 и 3 поколения, фурагину. УЗИ почек: без патологии.

Рост ребенка на момент осмотра - 130 см, вес - 31 кг.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и расскажите, как нужно оценить его эффективность.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

В отделение нефрологии поступил мальчик 5 лет. Мама предъявляет жалобы на красный цвет мочи, изменение цвета мочи выявлено в последние 2 дня. Известно, что дедушка ребенка по материнской линии умер в возрасте 50 лет от терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Хроническим гломерулонефритом, гематурической формой болен родной старший брат, нефробиопсия не проводилась. Также у старшего брата выявлена тугоухость. Состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не изменено. Физическое развитие среднее. Отеков не выявлено. Кожные покровы

чистые. Над легкими дыхание проводится по всем полям без ослаблений и хрипов. ЧСС 85 в минуту, тоны ритмичные и ясные. АД 96/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по XII ребру отрицателен с 2-х сторон. Моча красного цвета. Мочится свободно, 7-8 раз в сутки, безболезненно. Энуреза нет. Клинический анализ крови: Нв 122 г/л, эритроц. $5,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,7 \times 10^9$ /л, тромбоц. 244×10^9 /л, п-1, с-37, э-1, б-2, м-4, л-55, СОЭ- 8 мм/ч. О.а.мочи: кол-во-150 мл, цвет красный, белок 0,4 г/л, глюкоза-отриц., эритроц.измен. - сплошь все поля зрения, лейкоциты 1-2 в п/зр. Биохимия крови: общий белок 67 г/л, альбумины 58%, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л. Проба Зимницкого: дневной диурез 700 мл, ночной диурез 350 мл. Минимальная отн.плотность-1001, максимальная отн. плотность -1022. УЗИ почек: обе почки не увеличены в размерах, ЧЛС не расширена, паренхима не изменена. Рост ребенка на момент осмотра-105 см, вес-16 кг.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назовите принципы терапии данного заболевания.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Д., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. 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. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит. При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание выраженный 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. Общий анализ крови: Нв-101г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб. – 12×10^9 /л, Лейк. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 59%, э -3%, л- 27%, м -8%, СОЭ- 5мм/ч.

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.

Рост ребенка на момент осмотра-142 см, вес-41,5 кг.

1. Сформулируйте правильно диагноз.
2. Приведите классификацию заболевания.
3. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик А., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Две недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C, появились боли в горле. Выставлен диагноз лакунарной ангины, назначен амоксициллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи, симметрично расположена. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный небольшими порциями, кашицеобразный, с прожилками крови. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: Нв-110г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, гематокрит-36 %, Тромб. -435×10^9 /л, Лейк. $-10,5 \times 10^9$ /л, юные -1%, п/я – 5%, с – 57%, э -2%, л- 28%, м -7%, СОЭ- 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок -71г/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, креатинин – 47 ммоль/л, билирубин общий –20, 2 мкмоль/л, АСТ – 20 ед, АЛТ – 20 ед. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, уд. вес – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Рост ребенка на момент осмотра-134 см, вес-36 кг.

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Нужны ли дополнительные методы исследования и консультации специалистов?
3. Оцените физическое развитие ребенка.

4. Составьте план лечения больного.

5. Возможно ли развитие ДВС-синдрома при данном заболевании.

Принципы оказания помощи.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик С., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4 – летнем возрасте. Общий анализ крови: Нв-100г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик. – 3%, Тромб. – 300×10^9 /л, Лейк. – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л- 22%, м – 9%, СОЭ- 12 мм/ч. Длительность кровотечения по Дьюку 2 мин 30сек. Время свертывания крови по Ли -Уайту более 15 мин. Рост ребенка на момент осмотра-110 см, вес-19,5 кг.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?

2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?

4. Назначьте лечение больному.

5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Э., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах. В течении последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад

родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 2,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Общий анализ крови: Нв-86г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб. – единичные, Лейк. – $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч. Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакариоциты – не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. Исследование ликвора: цитоз -200/3, белок - 960ммоль/л, реакция Панди- +++, бласты-100%.

Рост ребенка на момент осмотра-151 см, вес-55 кг.

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Оцените физическое развитие ребенка.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка У., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. 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 фебрильная. 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. Общий анализ крови: Нв-72г/л, Эр- $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ретик – 0,2%, Тромб. – единичные, Лейк. – $1,3 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 4%, л95%, СОЭ- 35мм/ч. Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки -2%, гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%, мегакариоциты – не найдены. Общий анализ мочи: цвет – желтый, удельный 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.

Рост ребенка на момент осмотра-139 см, вес-32 кг.

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этой больной?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка М., 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована. Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт. Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледнорозовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительн в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,2 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 51%, э- 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты -2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. билирубин -3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++) . УЗИ органов брюшной полости:печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Ацидометрия желудка: натошак – рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8. Дыхательный уреазный тест: положительный.

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
- 3.Предложите схему лечения данному ребенку.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Каковы исходы и профилактика?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Н., 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натошак. Отрыжка воздухом, тошнота. 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: рост 137 см, масса 32 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень +1 см, край мягкоэластичный,

безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего». Общий анализ крови: Нв - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,3 \times 10^9$ /л; п/я -3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ -140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед. 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 НР. Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (++) . Дыхательный уреазный тест: положительный. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области шейки, билиарный сладж. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте диагностический алгоритм.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете?
5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик И., 2-х лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью стул до 5-6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко -сгустки, за последние 3 недели примесь крови в кале постоянная. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, 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: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС- 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина, экстракардиально не проводится. В

легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень+2см, плотновата, симптомы Мерфи, Кера – (+). Общий анализ крови: Нб - 96 г/л; гематокрит-32%; Эр – $3,7 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты - 18‰; Лейк – $12,0 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м -9%, СОЭ - 18 мм/час; тромб. – 330×10^9 /л. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; уд. вес -1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АЛАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л, железо-7 мкмоль/л, ОЖСС-79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ (++)). 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. Резко положительная реакция Грегерсена. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много. Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок, выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмы и прямой кишки гиперемирована, 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.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
3. Назначьте лечение.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик И., 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадирующие 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) – хр.холецистит, сахарный диабет. Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительны. Общий анализ крови: Нв - 124 г/л, гематокрит-38, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $6,6 \times 10^9/л$; 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; уд. вес - 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, общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л, СРБ (+). Диастаза мочи: 128 ед (норма 32-64). УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, экзогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58x35 мм (норма не больше 50x30), 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 внутripеченочные протоки не расширены. Длина и диаметр пузырного протока не изменены, Вирсунгов проток расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Дайте рекомендации по диетотерапии. Напишите план лечения данного ребенка.
5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка С., 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит. Осмотр: Рост ребенка - 134 см, вес - 35 кг.

кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии. Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, Эр – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2 %, с/я – 62%, э – 0%, л – 29%, м – 7%, СОЭ – 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; рН – кислая; уд. вес – 1020; белок – нет; сахар – нет; эп. пл. – небольшое количество; Л – 2-3 в п/з; Эр – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 79 г/л, альбумины – 54%, глобулины: альфа1 – 4%, альфа2 – 8%, бета – 12%, гамма – 15%; ЩФ – 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ – 26 Ед/л, АсАТ – 28 Ед/л, амилаза – 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба – 4 ед, общ. билирубин – 12 мкмоль/л, из них связ. – 2 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна. УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка – 18 мм (норма 18), тело – 16 мм (норма 14), хвост – 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НРинфекцию: положительный (+++).

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Укажите современные принципы лечения данного заболевания.
5. Тактика диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка Д., 6 лет. Родители ребенка обратились на прием к участковому врачу с жалобами на в животе, возникающую в области пупка вскоре после приема пищи, которая продолжается 30-40 минут и затем самопроизвольно исчезает, сниженный аппетит. Из анамнеза: девочка болеет около полугода, когда впервые стали беспокоить боль в животе, тошнота, изредка рвота при приеме жирной пищи. Девочка учится в подготовительном классе и отличается усидчивостью. Кроме того, посещает школу балетного искусства с 4 лет. Наследственный анамнез не отягощен. При осмотре: Рост-107 см, вес-18 кг. Ребенок астенического телосложения, кожа бледная, субиктеричность кожи носогубного треугольника, полость рта чистая, язык чистый. Сердечно-легочная система без особенностей. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, локальная болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье и

околопупковой области. Пузырные симптомы Кера, Мэрфи, Ортнера положительные. Печень выступает из-под края реберного края на 3 см, плотно-эластичной консистенции, слегка болезненна. Стул 1-2 раза в сутки. Мочится безболезненно. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, гематокрит-40%, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоц - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 56%, э - 12%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; уд. вес - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з. Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л, амилаза - 78 Ед/л, билирубин - 17 мкмоль/л. Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - ++; крахмал внутриклеточный - ++; нейтральный жир - +++; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - +, лейкоциты - 1-2 в п/з, обнаружены цисты лямблий. Фекальная эластаза - 280 мкг/г кала. УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - ПДФ 10%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение данному больному.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик Л., 14 лет, обратился к педиатру с жалобами на боли в подложечной области, возникающие вскоре после приема пищи (особенно жирной и острой), изжога в районе центра грудины, сухость и периодически кисловатый привкус во рту. Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц изжога стала ощущаться как выраженный жар за грудиной, навязчива, вызывала значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость, появились приступы ипохондрии. Питание с большими перерывами злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 3-4 сигареты в день. Алкоголь - пиво 1-2 раза в месяц. Наркотические препараты не употребляет. В дошкольном возрасте мать отмечала сниженный аппетит, периодически возникали нелокализованные боли в животе. В этом году резко вырос на 5 см, появился дискомфорт в животе, затем боли и изжога. Подросток осмотрен и госпитализирован в специализированный гастроэнтерологический стационар. Осмотр: состояние средней тяжести, рост 180 см, вес 65 кг. Кожа

бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Красный разлитой дермографизм. Полость рта чистая. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Миндалины до 2 ст., гипертрофированы, лакуны свободны. При глубокой пальпации живота определяется болезненный в центре эпигастрия, области проекции ДПК, в подложечной области. Печень не увеличена. По другим органам без патологии. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочится свободно, безболезненно. Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л. Внутриволокнистая рНметрия 3х электродным зондом натошак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в пищеводе 6-6,5 со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6. ЭФГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Назначьте комплексную терапию данному больному.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 4000 г, рост 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Рост ребенка на момент осмотра-104 см, вес-17 кг. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и

скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное. Общий анализ крови: Нв - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,5 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с/я - 50%; э - 1%, л - 35%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; уд. вес 1035, реакция - кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - ++++. Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л. КОС: рН - 7,1; рО₂ - 92 мм рт.ст.; рСО₂ - 33,9 мм рт.ст.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Принципы лечения.
4. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?
5. Какие осложнения могут возникнуть в процессе инфузионной терапии?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка И., 6 лет. 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. Из анамнеза известно: что в 5 лет перенесла сотрясение мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов. Осмотр: рост 130 см, вес 28 кг. Вторичные половые признаки: Р2, Ах, Ма2, Ме с 6 лет. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%, э - 1%, л - 41%, 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 - 3,5 ммоль/л, натрий - 140,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л.

1. Оцените физическое и половое развитие.
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Препаратом какой группы проводится лечение данной патологии?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Девочка К., 2-х лет. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное

увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ), во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Hb - 91 г/л, Эр $-3,8 \times 10^{12}/л$, гематокрит-32%, Лейк $-9,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция -кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. Биохимический анализ крови: глюкоза -4,2 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Рост ребенка на момент осмотра-78см, вес-12 кг.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Нуждается ли ребенок в гормональной терапии? Уровень какого гормона используется для оценки адекватности заместительной терапии?
5. Каков прогноз и укажите принципы диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик К., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1 срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год. Объективно: рост 105 см, вес 16 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожножировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие). Общий анализ крови: Hb - 130 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,5 \times 10^9/л$; п/я -1%, с/я - 52%; э - 1%, л - 41%, 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 - 3,2 ммоль/л, натрий -

132,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 55,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л. Гормональный профиль: СТГ натошак - 0,2 нмоль/л, СТГ после нагрузки - 1,2 нмоль/л (норма более 10 нмоль/л).

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие нагрузочные пробы проводятся для подтверждения диагноза?
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
6. Критерии эффективности лечения детей с данной патологией?

Ситуационная задача

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Мальчик 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, выпечных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см. Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. 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. Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 4%, л - 37%, м - 6%, 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, натрий - 137,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 65,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л. ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм. УЗИ желудочнокишечного тракта: размеры печени - увеличены; паренхима - подчеркнут рисунок внутрпеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря - утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы лечения. Перечислите возможные осложнения.

Тесты (на примере оториноларингологических)

Тема: «Стенозирующий ларингит. Трахеотомия»

1. На уровне каких хрящей проводится разрез при трахеотомии?

- 1) 6-8
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 2-3

2. С чем чаще всего дифференцируют стеноз гортани

- 1) Эпиглотит
- 2) Заглоточный абсцесс
- 3) Ложный круп
- 4) Истинный круп. Дифтерия

3. Основной метод инструментального исследования при стенозе гортани:

- 1) ЭФГДС
- 2) Ларингоскопия
- 3) Бронхоскопия
- 4) Трахеоскопия

4. Частота дыхания при 2 степени дыхательной недостаточности:

- 1) 18-20
- 2) 35-40
- 3) До 30

5. Голосовая щель при стенозе гортани 4 степени:

- 1) 6-8 мм
- 2) 3-4 мм
- 3) 2-3 мм
- 4) 1 мм.

6. Показания к трахеотомии:

- 1) Бронхиальная астма
- 2) Инородное тело гортани
- 3) Передозировка миелорелаксантами
- 4) Аспирация

7. Какая одышка бывает при стенозе гортани

- 1) Инспираторная
- 2) Экспираторная
- 3) Смешанная

8. Основным признаком при ларинготрахеите является:

- 1) Лающий кашель
- 2) Охриплость голоса
- 3) Одышка

9. Основные признаки, вызывающие стойкие хронические стенозы:

- 1) Доброкачественные и злокачественные опухоли
- 2) Паралич мышц гортани
- 3) Аллергический отек
- 4) Частые ОРВИ

7. Какие формы хронического ларингита бывают:

- 1) Гнойный
- 2) Гангренозный
- 3) Катаральный
- 4) Смешанный
- 5) Атрофический

8. При стенозе гортани 4 степени показана:

- 1) Ларингоскопия
- 2) Ингаляция
- 3) Интубация
- 4) Трахеотомия

9. Назовите причины острого катарального ларингита:

- 1) Задымленность
- 2) Инфекции
- 3) Переохлаждение
- 4) Злоупотребление алкогольными напитками

10. Назовите основные факторы острого катарального ларингита:

- 1) Инфекции
- 2) Курение
- 3) Переохлаждение
- 4) Запыленность
- 5) Бронхиальная астма

11. При катаральном ларингите выявляется:

- 1) Дисфония
- 2) Дыхательная недостаточность
- 3) Нарушения глотания

12. На уровне каких позвонков располагается гортань:

- 1) 1-2 грудные позвонки
- 2) 6 шейный – 2 грудной позвонки
- 3) 3-5 шейные позвонки
- 4) 4-7 шейные позвонки

13. Коникотомия показана при остром стенозе гортани:

- 1) Стадия компенсации
- 2) Стадия субкомпенсации
- 3) Стадия декомпенсации
- 4) Стадия терминальная

14. Гортань у детей раннего возраста имеет форму:

- 1) Воронки
- 2) Цилиндра
- 3) Пирамиды
- 4) Трапеции

15. Стеноз гортани при ОРВИ отличается от приступа коклюша:

- 1) Наличие
- 2) Отсутствие реприз
- 3) Отсутствие втяжения при вдохе уступчивых мест грудной клетки

16. Показанием для госпитализации больных детей с респираторной вирусной инфекцией является:

- 1) Обильный насморк
- 2) Головная боль
- 3) Стеноз гортани 1 и 2 степени
- 4) Частый кашель

17. Показанием для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии является:

- 1) Стеноз гортани 3 степени
- 2) Стеноз гортани 2 степени
- 3) Стеноз гортани 1 степени
- 4) Ларинготрахеит

18. Внезапное появление ночью у ребенка двух лет лающего кашля, осиплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития:

- 1) Приступа бронхиальной астмы
- 2) Обструктивного бронхита

- 3) Острого тонзиллита
- 4) Острого стенозирующего ларинготрахеита

19. Наиболее вероятной причиной острого стенозирующего ларинготрахеита у детей является:

- 1) Вирус герпеса 6 типа
- 2) Вирус парагриппа
- 3) Цитомегаловирус
- 4) В-гемолитический стрептококк группы А

20. Побочным эффектом антигистаминных препаратов при остром стенозирующем ларингите является:

- 1) Повышение возбудимости
- 2) Усиление рвотного рефлекса
- 3) Сгущение секрета, подавление кашлевого рефлекса
- 4) Бронходилатация

21. Лечение острого катарального ларингита:

- 1) НПВС
- 2) Бронходилататоры
- 3) Муколитики
- 4) Глюкокортикостероиды

22. Какая форма хронического гиперпластического ларинготрахеита поддается консервативному лечению:

- 1) Диффузная
- 2) Ограниченная
- 3) Полипозная
- 4) Гиперкератозная

23. Появление корковых образований характерно для:

- 1) Острого катарального ларингита
- 2) Хронического катарального ларингита
- 3) Хронического гиперпластического ларингита
- 4) Хронического атрофического ларингита

24. У детей применяется вид трахеотомии:

- 1) Верхняя
- 2) Средняя
- 3) Нижняя

25. Ограниченная форма хронического гиперпластического ларингита лечится:

- 1) Антигистаминными препаратами

- 2) Гидрокортизоном
 - 3) Хирургическое лечение
 - 4) Диета
26. Голосовой режим при остром катаральном ларингите:
- 1) Громкий говор
 - 2) Шепот
 - 3) Молчание
 - 4) Пение
27. Помощь при атрофическом ларингите:
- 1) Паллиативная
 - 2) Хирургическая
 - 3) Консервативная (с полным выздоровлением)
 - 4) Реабилитационная
28. Кровоснабжение гортани осуществляется:
- 1) Подключичная артерия
 - 2) Язычная артерия
 - 3) Верхняя и нижняя щитовидные артерии
 - 4) Подъязычная артерия
29. Лимфоотток гортани осуществляется:
- 1) Внутригрудные лимфоузлы
 - 2) Бифуркационные лимфоузлы
 - 3) Заднешейные лимфоузлы
 - 4) Подчелюстные лимфоузлы
30. К парным хрящам гортани относятся:
- 1) Щитовидный, перстневидный
 - 2) Перстневидный, надгортанник
 - 3) Щитовидный надгортанник
 - 4) Рожковидный, черпаловидный
31. Иннервация гортани осуществляется:
- 1) Верхний гортанный нерв, возвратный нерв
 - 2) Лицевой нерв
 - 3) Язычный нерв
 - 4) Гортанный нерв
32. При хроническом атрофическом ларингите применяется все, кроме:
- 1) Витамины А, Е, К, В1
 - 2) Щелочно-масляные ингаляции

- 3) Растительные масла
- 4) Облепиховое масло

33. Основные жалобы при хроническом ларингите:

- 1) Боль в горле при голосовой нагрузке
- 2) Гнойная мокрота
- 3) Кашель
- 4) Нарушение глотания
- 5) Одышка
- 6) Парестезия в проекции гортани

34. Лабораторная диагностика хронического ларингита:

- 1) Бак исследования
- 2) Гистологическое исследование
- 3) Иммунофлюоресцентный анализ
- 4) Микологическое исследование

35. Лечебно-охранительный режим при хроническом ларингите включает в себя:

- 1) Ингаляции глюкокортикостероидными препаратами
- 2) Ограничение голосовой нагрузки
- 3) Отказ от курения
- 4) Фонопедия (мало говорить)
- 5) Форсированная шепотная речь

36. Назовите показания к назначению гипосенсибилизирующей терапии при хроническом ларингите:

- 1) Аллергия в анамнезе
- 2) Катаральная и субатрофическая форма ларингита
- 3) Ларингомикоз
- 4) Обострение гиперпластического ларингита

37. Основным методом дифференциальной диагностики хронического гиперпластического, специфического и отечно-полипозного ларингита является:

- 1) Бак исследования
- 2) Видеоларингоскопия
- 3) Гистологический метод
- 4) Микологическое исследование

ОТВЕТЫ:

1. 2)
2. 4)
3. 2)
4. 3)
5. 1)
6. 2), 4)
7. 1)
8. 1)
9. 1), 2)
10. 3), 5)
11. 4)
12. 2)
13. 2), 3), 4)
14. 1)
15. 4)
16. 4)
17. 1)
18. 2)
19. 3)
20. 1)
21. 4)
22. 2)
23. 3)
24. 4)
25. 1)
26. 4)
27. 3)
28. 3)
29. 3)
30. 1)
31. 3)
32. 1)
33. 4)
34. 1)
35. 4)
36. 1), 3), 5), 6)
37. 1), 2), 4)
38. 2), 3), 4)
39. 1), 3), 4)
40. 3).

Тесты

Тема: «Хронический тонзиллит. Аденоиды»

1. Хронический тонзиллит делится на:
 - 1) Простая форма
 - 2) Катаральная форма
 - 3) Токсико-аллергическая форма
 - 4) Фолликулярная форма
 - 5) Компенсированная форма
 - 6) Декомпенсированная форма

2. Показанием к тонзилэктомии является:
 - 1). Отсутствие эффекта от консервативного лечения
 - 2). 1 степень токсико-аллергической формы
 - 3). 2 степень токсико-аллергической формы
 - 4). Тонзиллогенный сепсис
 - 5). Простая форма тонзиллита

3. Противопоказанием к тонзилэктомии является:
 - 1) Заболевания ССС
 - 2) Почечная недостаточность
 - 3) Дыхательная недостаточность
 - 4) Верно все

4. К осложнениям хронического тонзиллита относятся:
 - 1) Паратонзиллит
 - 2) Кожные заболевания
 - 3) Заболевания дыхательной системы
 - 4) Эндокардиты

5. Дифференциальную диагностику хронического тонзиллита проводят:
 - 1) Доброкачественные и злокачественные опухоли
 - 2) Камень миндалин
 - 3) Хронический фарингит
 - 4) Туберкулез
 - 5) Грибковое поражение миндалин
 - 6) Все верно

6. При консервативном лечении хронического тонзиллита назначают:
 - 1) Физиотерапия
 - 2) Аскорбиновая кислота
 - 3) ЛФК
 - 4) Антигистаминные препараты
 - 5) НПВС

7. Для промывания лакун миндалин применяется:

- 1) Антисептический раствор (фурацилин, перманганат калия)
- 2) Перекись водорода
- 3) Хлоргексидин
- 4) Содовый раствор

Ответы:

1. 1), 3), 5), 6)
2. 1), 3), 4)
3. 1), 2)
4. 1), 2), 4)
5. 6)
6. 1), 2), 4)
7. 1)

Тесты.

Тема: «Нос и околоносовые пазухи».

1. К какому возрасту обычно заканчивается развитие лобной пазухи:

- 1) К 20-25 г
- 2) К первому году жизни
- 3) К 6-7 г
- 4) К 10-14 г

2. Какие околоносовые пазухи носа не развиты к моменту рождения:

- 1) Клиновидные и решетчатые
- 2) Клиновидные
- 3) Лобные
- 4) Верхнечелюстные

3. Чем осуществляется чувствительная иннервация полости носа:

- 1) Тройничный нерв
- 2) Лицевой нерв
- 3) Глазничный нерв

4. Перечислите стадии острого ринита:

- 1) Рефлекторная
- 2) Катаральная
- 3) Слизисто-гнойная

5. Какое лечение применяется при хроническом гипертрофическом рините:

- 1) Консервативное
- 2) Хирургическое

6. С каким заболеванием прежде всего необходимо дифференцировать простой атрофический ринит:

- 1) С озоной
- 2) С хроническим ринитом аллергической формы
- 3) С вазомоторным ринитом
- 4) Ничего не верно

7. Как классифицируется острый синусит по течению:

- 1) Катаральный, кистозный, гнойный, некротический
- 2) Катаральный, серозный, некротический
- 3) Катаральный, гнойный, некротический

8. Назовите функции носа:

- 1) Защитная, дыхательная
- 2) Резонаторная, обонятельная
- 3) Транспортная
- 4) Все верно

9. Кровоснабжение носа и околоносовых пазух осуществляется:

- 1) Внутренняя сонная артерия
- 2) Наружная сонная артерия
- 3) Передние и задние решетчатые артерии
- 4) Все верно

10. К осложнениям острого ринита относится:

- 1) Синуситы
- 2) Отит
- 3) Озена
- 4) Воспалительные заболевания преддверия носа

11. Какими клетками продуцируется слизь:

- 1) Бокаловидными
- 2) Мерцательными
- 3) Базальными

12. Для какого ринита характерно «летучее дыхание»:

- 1) острый катаральный ринит
- 2) острый ринит у детей раннего возраста
- 3) острый ринит как симптом инфекционного заболевания

13. Для какого ринита характерно «пылающий зев», «малиновый язык»:

- 1) острый гриппозный ринит
- 2) дифтерийный насморк

- 3) коревой насморк
- 4) скарлатинозный ринит

14. Пятна Воячека характерны для:

- 1) вазомоторного ринита
- 2) инфекционного ринита
- 3) аллергического ринита
- 4) атрофического ринита

15. Какова длительность подострого риносинусита:

- 1) 1-2 дня
- 2) 2-4 нед
- 3) 4-12 нед
- 4) 24-48 ч

16. К основным методам диагностики острого гайморита, относится:

- 1) рентген околоносовых пазух
- 2) биопсия
- 3) передняя риноскопия
- 4) задняя риноскопия

17. Различают следующие формы хронических ринитов:

- 1) катаральный, серозный, гнойный
- 2) катаральный, гипертрофический, озена
- 3) катаральный, гипертрофический, атрофический, вазомоторный
- 4) аллергический, озена

18. При остром насморке применяют:

- 1) антибиотики
- 2) деконгенсанты
- 3) витамины
- 4) НПВС

19. Внутричерепным осложнением при воспалительном заболевании околоносовых пазух является:

- 1) абсцесс затылочной доли
- 2) тромбоз сигмовидного синуса
- 3) абсцесс височной доли
- 4) тромбоз кавернозного синуса

20. Через какой носовой ход производится пункция верхнечелюстных пазух:

- 1) верхней

- 2) нижней
- 3) средней
- 4) носослезный канал

Ответы:

1. 1)
2. 3)
3. 1)
4. 3)
5. 2)
6. 1)
7. 3)
8. 1), 2)
9. 4)
10. 1), 2), 4)
11. 1)
12. 2)
13. 4)
14. 1)
15. 3)
16. 3),4)
17. 3)
18. 1)
19. 4)
20. 2).

Тесты.

Тема: «Ухо».

1. Что характерно для больных с дефектом барабанной перепонки:

- 1) Выделения из уха, снижение слуха
- 2) Заложенность уха, выделения из уха
- 3) Снижение слуха
- 4) Повышение температуры
- 5) Слабость

2. При комбинированных повреждениях наружного и среднего уха возможно все, кроме:

- 1) Кровотечения из сигмовидного синуса и луковичи яремной вены
- 2) Паралича лицевого нерва
- 3) Ограниченного и диффузного лабиринта
- 4) Паралича языкоглоточного нерва

3. Какие жалобы предъявляют больные с экссудативным средним отитом:

- 1) Снижение слуха, шум в ухе, переливание жидкости в нем
- 2) Боли в ухе, выделения из уха гнойного характера
- 3) Повышение температуры тела, зуд и боль в ухе

4. Какой отдел среднего уха поражается преимущественно при остром гнойном среднем отите:

- 1) Надбарабанное пространство
- 2) Барабанная перепонка
- 3) Барабанная полость

5. Какие внешние факторы способствуют возникновению острого гнойного среднего отита:

- 1) Повышение атмосферного давления
- 2) Переохлаждение
- 3) Травма барабанной перепонки
- 4) Охлаждение ушной раковины

6. Какие внутренние факторы способствуют возникновению острого гнойного среднего отита:

- 1) Повышение АД
- 2) Заболевания носа и носоглотки
- 3) Аллергия
- 4) Снижение иммунитета

7. В каких случаях возникает или усиливается боль при фурункуле наружного слухового прохода:

- 1) При кашле
- 2) При сморкании
- 3) При открытии и закрытии рта
- 4) При надавливании на козелок
- 5) При потягивании за ушную раковину

8. В каком отделе наружного слухового прохода возникает фурункул:

- 1) В костном
- 2) В перепончато-хрящевом

9. С чем дифференцируют фурункул наружного слухового прохода:

- 1) С острым средним отитом
- 2) С мастоидитом
- 3) С рожистым воспалением

10. В каких случаях у больного с острым отитом возникает усиление боли в ухе:

- 1) При открытии и закрытии рта во время разговора
- 2) При жевании
- 3) При сморкании

11. Назовите симптомы острого среднего отита:

- 1) Снижение слуха
- 2) Боль в ухе
- 3) Гиперемия барабанной перепонки
- 4) Гноетечение из уха
- 5) Усиление боли в ухе при надавливании на козелок

12. Сколько степеней бывает у тугоухости:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

13. Кортиев орган (спиральный) находится в:

- 1) Внутреннее ухо
- 2) Наружное ухо
- 3) Среднее ухо

14. Кровоснабжение среднего уха осуществляется:

- 1) Наружной и внутренней сонными артериями
- 2) Базилярной артерией
- 3) Ушной артерией
- 4) Верно все

15. Что отделяет среднее ухо от внутреннего уха:

- 1) Овальное окно
- 2) Округлое окно
- 3) Барабанная перепонка
- 4) Слуховая труба

16. Что отделяет наружное ухо от среднего уха:

- 1) Барабанная перепонка
- 2) Округлое окно
- 3) Наружный слуховой проход
- 4) Овальное окно

17. Какой нерв иннервирует ушную раковину:

- 1) Большой ушной нерв, ушно-височный нерв

- 2) Лицевой нерв
- 3) Тройничный нерв
- 4) Преддверно-улитковый нерв

18. Двигательная иннервация уха осуществляется:

- 1) Тройничный нерв
- 2) Преддверно-улитковый нерв
- 3) Волокна лицевого нерва
- 4) Блуждающий нерв

19. Мастоидит – наиболее частое осложнение:

- 1) Экссудативного отита
- 2) Хронического среднего отита
- 3) Наружного отита
- 4) Острого среднего отита

20. Показания к радикальной операции на ухе:

- 1) Мастоидит
- 2) Эпитимпанит
- 3) Мезотимпанит
- 4) Экссудативный отит

Ответы:

1. 1).
2. 4)
3. 1)
4. 3)
5. 2), 3)
6. 2), 4)
7. 3), 5)
8. 2)
9. 2), 3)
10. 3)
11. 1), 4)
12. 4)
13. 1)
14. 1), 2)
15. 1), 2)
16. 1)
17. 1)
18. 3)
19. 4)
20. 2).

БАТЧАЕВ Аслан Сеит-Умарович
АДЖИЕВА Радмила Казбековна
РАХИМОВА Фариза Ахмедовна

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.02. ПЕДИАТРИЯ

Корректор Чагова О.Х.
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 28.02.2024 г.
Формат 60x84/16
Бумага офсетная
Печать офсетная
Усл. печ. л. 6,04
Заказ № 4863
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен
в Библиотечно-издательском центре СКТА
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36.