

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 02.07.2025 11:26:00
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdfcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

Код, направление подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	детских болезней
Выпускающая кафедра	детских болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (11, 12 СЕМЕСТР)

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время. (Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме

Основные этапы написания учебной истории:

Титульный лист (отдельная страница)

1. Паспортная часть.
2. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
3. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
4. Анамнез жизни.
5. Данные объективного исследования больного.
6. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
7. План обследования.
8. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
9. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
10. Дифференциальный диагноз.
11. Лечение больного и его обоснование.
12. Прогноз.

13. Профилактика (первичная и вторичная).
14. Эпикриз.
15. Дневник курации.
16. Список использованной литературы.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (12 семестр)

Задания на ЭКЗАМЕНЕ включают оценку практических навыков и оценку теоретических знаний – экзаменационный билет содержит 3 вопроса.

Вопросы для устного опроса:

«Пульмонология детского возраста»

1. Основные методы исследования функции внешнего дыхания (спирометрия, пикфлоуметрия, бодиплетизмография), важнейшие показатели и синдромы (характеристика типов и степени вентиляционной недостаточности).
2. Пневмонии у детей. Этиопатогенез, современные подходы к диагностике и терапии. Национальная программа «Внебольничная пневмония у детей».
3. Острые бронхиты и бронхиолиты у детей: этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
4. Ларингиты у детей: этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия. Неотложная помощь при ложном крупе.
5. Дыхательная недостаточность у детей. Патогенез, клиника, классификация. Современные принципы терапии.
6. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
7. Хронические неспецифические заболевания лёгких у детей (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь). Основные клинические проявления, диагностика, методы обследования.
8. Врождённые и наследственные заболевания лёгких у детей (синдром Картагенера, дефицит альфа1-антитрипсина, пороки развития лёгких и бронхов). Клиника, дифференциальная диагностика и терапия.
9. Интерстициальные заболевания лёгких у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия. Альвеолиты у детей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и терапия.

«Гастроэнтерология детского возраста»

10. Этиология, патогенез, клиника, классификация хронического гастрита. Современные методы диагностики. Лечение. Профилактика.
11. Хронический холецистит: этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
12. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, диагностика. Лечение. Профилактика.
13. Функциональная диспепсия у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
14. Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
15. Синдром рвоты и срыгивания у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и лечению.
16. Запоры у детей раннего возраста. Дифференцированные подходы к диагностике и терапии.
17. Болезни толстого кишечника у детей: НЯК и болезнь Крона. Дифференциальная диагностика и терапия.

«Кардиология детского возраста»

18. Неревматические кардиты у детей раннего возраста, этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, диспансерное наблюдение.
19. Вегетативная дистония у детей. Диагностика, клиника, лечение.
20. Артериальная гипертензия у детей. Причины. Диагностика, клиника, лечение у детей.
21. Врождённые пороки сердца у детей. Этиопатогенез, принципы диагностики, лечение.
22. Врождённые пороки сердца без цианоза: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, коарктация аорты.
23. Врождённые пороки сердца с цианозом: болезнь Фалло, аномалия Эбштейна, атрезия трёхстворчатого клапана. Неотложная помощь при гипоксемических кризах.
24. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Этапное лечение, профилактика и диспансерное наблюдение.
25. Малая хорея. Причины, клиника, диагностика и терапия.
26. ЮРА. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
27. Реактивные артриты у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
28. Диффузные болезни соединительной ткани у детей. Патогенез, общие клинические симптомы. Принципы терапии.
29. Системная красная волчанка. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.

30. Ювенильный дерматомиозит. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы терапии.
31. Ювенильная склеродермия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия.
32. Дисплазии соединительной ткани у детей, клинические особенности, принципы реабилитации.

«Нефрология детского возраста»

33. Гломерулонефриты у детей. Этиология, патогенез, группировка заболеваний. Современные диагностические подходы. Принципы дифференцированной терапии.
34. Этиология и патогенез пиелонефрита. Особенности течения острого и хронического пиелонефрита. Лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Дифференциальный диагноз.
35. Инфекция мочевых путей. Этиология, патогенез, клиника острого цистита. Лабораторная диагностика. Классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение.
36. Пороки развития почек и мочевыводящих путей у детей. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Диагностика. Принципы лечения.
37. Дисметаболическая нефропатия, этиология, патогенез, клиника оксалатной и уратной нефропатии, принципы лечения и диспансерного наблюдения.

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение.

Наследственность по аллергопатологии неотягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение больному.

Ситуационная задача № 2

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Клинический анализ крови: НБ - 100 г/л. Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9$ л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ - 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -46%, альфа i-глобулины • 9%, альфа-глобулины - 15%, бета-глобулины –10,5%, гамма-глобулины – 19,5%, тимоловая проба – 9,0, СРБ - ++, ЩФ – 850 Уд/л (норма - 220-820), АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани, поджелудочная железа -15х8х25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Задание

1. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Сформулируйте диагноз данному больному.
5. Назначьте больному лечение.

Ситуационная задача № 3

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3 лет.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирован, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НБ - 112 г/л. Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я - 3%. с - 34%, э -12%, л - 50%, м - 1%, СОЭ - 5 мм/час.

Скарификационные тесты: резко положительные (++++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
6. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

Ситуационная задача № 4

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, не связанные с приемом пищи, иногда утром натощак. 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, фаст-фуды, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 138 см, масса 34 кг. Кожа бледно-розовая, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, болезненный в правом боку, т. Кера, симптом Менделя (+), болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень +1 из-под края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул склонность к запорам, отсутствует до 2-3 суток, затем самостоятельный, иногда типа «овечьего».

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НБ — 134 г/л; Эр — $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. — 0,9; Лейк — $7,3 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 47%, л — 38%, э — 4%, м — 8%; СОЭ — 5 мм/час.

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

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.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, местами эрозирована, отечная, имеется лимфоидная гиперплазия, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP.

Биопсийный тест на HP: (++)

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь — грушевидной формы, 65×38 мм (норма 50×30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое.

Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Задание к задаче

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Что такое синдром Менделя?
3. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете?
4. Назначьте диету по Певзнеру.
5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.
6. Какие побочные эффекты от лечения можно ожидать и способы их предупреждения?
7. Что такое эрадикация HP-инфекции?
8. Какиеотягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
9. Назовите пути передачи хеликобактерной инфекции.

Ситуационная задача № 5

Девочка 10 лет поступила с жалобами на эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью не превышают 15 минут, проходят самостоятельно или после употребления Но-шпы. Периодически тошнота и рвота. Стул неустойчивый. Умеренно выражен астенический синдром (периодически нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности), аппетит понижен.

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

Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налётом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 76 ударов в минуту; АД — 100/65 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области. Пузырные симптомы слабо положительные. Печень и селезёнка не увеличены. Мочится свободно. Стул периодически разжиженный.

Общий анализ крови: гемоглобин — 128 г/л, цветовой показатель — 0,91, эритроциты- $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты — $7,2 \times 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 51%, эозинофилы — 6%, лимфоциты — 36%, моноциты — 8%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-жёлтый, прозрачный; pH — 6,0; плотность — 1017; белок — нет; сахар — нет; эпителиальные клетки — 1-2 в поле зрения; лейкоциты — 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин — 4,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма — до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма — до 40 ед).

Копрограмма: мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , обнаружены цисты лямблий.

Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 6

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

Наследственность: у матери девочки (35 лет) – хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) – желчнокаменная болезнь. Ранний анамнез без особенностей. Грудное вскармливание до 4 месяцев. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита.

Аллергологический анамнез не отягощён.

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

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

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

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

Динамическое УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь расположен вертикально, удлинённой формы 61х22 мм, толщина стенки — 2 мм, сократимость желчного пузыря после желчегонного завтрака составила 20%. Регистрируется перегиб в области тела желчного пузыря (частично устраняющийся в положении стоя).

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 7

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10–20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2–3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Продолжительность родов 2 часа, закричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожные покровы чистые, с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются

тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин 2 степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Орнтера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л. Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $7,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 68%, э – 1%, л – 25%, м – 2%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1025, белок – отр., лейкоциты – 1–2 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРВ – +, АСЛ-О – 1:625, АСГ – 1:300, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АлТ – 40, АсТ – 35.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 уд/мин, электрическая ось сердца не отклонена. В положении стоя учащение ЧСС до 96 уд/мин.

Задание

Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 8

Больная 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см вправо от правой парастеральной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД – 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см.

Общий анализ крови: Hb – 148 г/л; Эр – $4,9 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. – 0,9; Лейк – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 21%, э – 1%, л – 70%, м – 4%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в п/з, эритроциты – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, фосфор – 1,5 ммоль/л, АлТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсТ – 19 Ед/л (норма – до 40), серомукоид – 0,180 (норма – до 0,200).

Задание

Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 9

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 140 уд/мин, ЧД – 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пузырьное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31–47%), Hb – 170 г/л. Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк – $6,1 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 26%, э – 1%, л – 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, АлТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсТ – 19 Ед/л (норма – до 40), серомукоид – 0,180 (норма – до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: pH – 7,29, BE – -8,5 ммоль/л (норма – $\pm 2,3$), рСО₂ – 50 мм рт.ст. (норма – 36–40), рН – 7,29, BE – -8,5 ммоль/л (норма – $\pm 2,3$).

Задание

Сформулируйте предварительный диагноз.

Ситуационная задача № 10

Девочка 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания.

Анамнез заболевания: заболела остро после переохлаждения (накануне долго каталась на коньках в легком спортивном костюме), когда появились боли в поясничной области и внизу живота, частые болезненные мочеиспускания. Температура тела повысилась до 40°C. Появилась выраженная слабость, была однократная рвота.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в I половине. Роды в срок.

Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей, профилактические прививки по возрасту. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде крапивницы. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит.

При осмотре: состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, отмечалась повторная рвота. Кожа бледная, синева под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 104 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью. Область почек визуально не изменена. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон.

Мочеиспускания частые, болезненные, малыми порциями. Стул в норме.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 110 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $23,8 \times 10^9/л$, п/я 12%, с/я 68%, эоз. 2%, лимф. 13%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: удельный вес 1014, реакция щелочная, белок 0,09%, лейкоц. 100-150 в п/зр., эр. 0-1 в п/зр.

3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – 30 000, эр. – 800.

4. Посев мочи: получен рост *E. coli* – $200 \cdot 10^6$ микробных тел/мл, чувствительной к пенициллину, оксациллину, цефамизину, гентамицину, фурагину.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Наметьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Какие методы обследования наиболее информативны при данном заболевании?
4. Что способствовало возникновению заболевания? Что следует уточнить в дополнительном анамнезе?
5. Лечение: стандарт терапии, основные группы лекарственных средств, длительность курсов лечения, контроль эффективности лечения.
6. Прогноз заболевания. Возможные исходы.

Ситуационная задача № 11

Девочка 4-х лет поступила в отделение с жалобами на отеки.

Анамнез заболевания: после перенесенной 3 недели назад острой респираторной инфекции (ОРИ) у ребенка появились отеки на лице, редкие мочеиспускания. Участковым врачом был поставлен диагноз: Отек Квинке. Был назначен супрастин. Несмотря на проводимую терапию, отеки нарастали, появились слабость и выраженная бледность кожи. Девочка направлена на госпитализацию для обследования и лечения.

Анамнез жизни: ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Физическое и психомоторное развитие без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу. Начиная со 2-го года жизни, отмечаются частые ОРВИ – до 6-8 эпизодов в год.

Аллергологический анамнез: атопический дерматит до 3х лет, затем – период клинико-лабораторной ремиссии.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа чистая, бледная. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, асцит. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Выделила за сутки 180 мл мочи.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 127 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $10,2 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 46%, лимф. 43%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 50 мм/ч.

2. Анализ мочи: белок 8,0%, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план дальнейшего обследования для уточнения и верификации диагноза.
4. Каковы принципы диетотерапии при данном заболевании?
5. Лечение: основные направления терапии, лекарственные средства, их точка приложения, длительность лечения.
6. Важнейшие этапы диспансерного наблюдения. Прогноз заболевания

Ситуационная задача № 12

Мальчик 10 лет, поступил в отделение с жалобами на сильную головную боль, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через две недели после перенесенной ангины. Появились недомогание, жалобы на головную боль. Стал реже мочиться. Моча цвета «мясных помоев». В классе зарегистрированы случаи заболевания скарлатиной.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с повышением АД и отечным синдромом в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ, ангины – 1-2 раза в год.

При осмотре: состояние тяжелое. Резкая бледность лица. Отеки на лице, туловище, конечностях.

Пластинчатое шелушение кончиков пальцев, ладоней и стоп. Зев бледно-розовый, миндалины гипертрофированы до 2-3 ст., рыхлые, с широкими лакунами. Тонзиллярные лимфатические узлы размером 2×1 см, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией, усиление II тона над аортой. ЧСС 78 уд/мин. АД 190/120 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Моча при осмотре красно-бурого цвета, мутная.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $12,5 \times 10^9/л$, п/я 10%, с/я 60%, лимф. 22%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: белок 62 г/л, холестерин 3,1 ммоль/л, мочевины 18,0 ммоль/л, креатинин 190 ммоль/л, СРБ ++, калий 5,8 ммоль/л, кальций 2,5 ммоль/л.
3. Общий анализ мочи: уд. вес 1016, белок 1,5%, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. – сплошь покрывают все п/зр.
4. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, дифференцировка слоев нарушена, неравномерное повышение эхогенности паренхимы.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Осложнением какого заболевания явилось данное заболевание?
3. Нуждается ли ребенок на момент осмотра в неотложной терапии? Если да, наметьте план неотложных терапевтических мероприятий.
4. Показано ли в данном случае назначение гормональной терапии?
5. Ваша тактика дальнейшего ведения данного ребенка, включая диетотерапию.

Эталонные ответы

1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I.
2. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение; правосторонняя среднедолевая пневмония, легочное сердце, НК II Б степени, задержка физического развития, анемия I степени.
3. Поллиноз, риноконъюнктивальная форма.
4. Хронический антральный гастрит, Нр-ассоциированный, ст.обостр; соп-перегиб ж.п.в обл. шейки (дискинезия ЖП).
5. Дискинезия желчного пузыря по гипермоторному типу. Сопутствующий диагноз: «лямблиоз».
6. Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному типу. Перегиб в области тела ЖП.
7. ВСД по смешанному типу с преобладанием ваготонии. Вагоинсулярные пароксизмы. Сопутствующий: хронический тонзиллит.
8. Врожденный порок сердца синего типа - полная транспозиция магистральных сосудов. НК II Б степени.
9. Врожденный порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
10. Острый пиелонефрит.
11. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом.
12. Постскарлатинозный острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, острая почечная недостаточность.