


МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра педиатрии

Утверждено на заседании кафедры  
педиатрии  
29 января 2020 г., протокол № 3

Заведующий кафедрой

 В. Г. Сапожников

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И  
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

**«Педиатрия»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы специалитета**

по специальности  
**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профилем)  
**Лечебное дело**

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-20

Тула 2020 год

**ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**  
**фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

**Разработчик:**

Сапожников В. Г., зав. кафедрой педиатрии, д.мед.н., профессор  
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)

  
(подпись)

## **1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций и индикаторов их достижения представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

## **2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)**

### **8 семестр**

#### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОК-1**

1. Укажите симптом общий для кори и ветряной оспы.

- а) шелушение на коже
- б) энантема на слизистой
- в) развитие стенозирующего ларинготрахеита
- г) ангина

2. Судорожный кашель типичен для:

- а) ложного крупа
- б) пневмонии
- в) кори
- г) коклюша

3. В анализе крови при коклюше характерна:

- а) лейкопения
- б) лейкоцитоз
- в) анемия
- г) тромбоцитоз

4. О каком заболевании можно думать, при обнаружении на слизистой оболочке щек, напротив больших коренных зубов множества мелких, окруженных ободком гиперемии, пятнышек?

- а) афтозном стоматите
- б) кори
- в) дифтерии зева
- г) эпидемическом паротите

5. Вакцинация АКДС проводится:

- а) при рождении
- б) на первом году жизни
- в) на втором году жизни
- г) в 5 лет

6. Ребенок поступил на обследование по поводу рецидивирующих болей в животе. С учетом данных анамнеза и осмотра поставлен предварительный диагноз: обострение хронического гастродуоденита, холепатия. Какой из перечисленных методов может подтвердить гастродуоденит?

- а) общий анализ крови
- б) биохимический анализ крови
- в) фиброгастродуоденоскопия
- г) копрология

7. Какое из перечисленных заболеваний не может быть подтверждено данными УЗИ:

- а) холецистит
- б) аномалия развития желчного пузыря
- в) лямблиоз
- г) желчекаменная болезнь

8. Из перечисленных препаратов один не применяется для купирования приступа бронхиальной астмы

- а) кетотифен (задитен)
- б) преднизолон (гидрокортизон)
- в) беротек
- г) эуфиллин

9. Диагноз астматического статуса ставится на основании следующих клинических критериев, кроме одного:

- а) продолжительность приступа
- б) снижение толерантности (или отсутствие эффекта) к симпатомиметикам
- в) выраженные признаки дыхательной недостаточности
- г) наличие геморрагического синдрома

10. Из перечисленных рентгенологических признаков только один не является обязательным для приобретённой первичной хронической пневмонии:

- а) локальное повышение прозрачности легочной ткани (викарная эмфизема)
- б) участок понижения прозрачности легочной ткани локального характера
- в) смещение (изменение топографии) срединной тени
- г) очаги обызвествления легочной ткани

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1**

1. Средняя длина тела новорожденного составляет:

- а) 45-47 см
- б) 48-49 см
- в) 50-51 см
- г) 52-54 см

2. Средняя масса тела доношенного новорожденного ребенка составляет:

- а) 2500-2700 г
- б) 2900-3100 г
- в) 3300-3500 г
- г) 3700-3900 г

3. Массо-ростовой показатель у доношенного новорожденного ребенка в среднем составляет:

- а) 40-50
- б) 50-60
- в) 60-80
- г) 80-90

4. Средний рост ребенка в 1 год составляет:

- а) 60 см
- б) 65 см
- в) 70 см
- г) 75 см

5. Средняя масса ребенка в возрасте 1 года составляет:

- а) 6-7 кг
- б) 8-9 кг
- в) 9-10 кг
- г) 10-11 кг

6. Частота дыханий новорожденного ребенка составляет в 1 минуту:

- а) 60-70
- б) 40-50
- в) 40-30
- г) 30-20

7. Средняя частота пульса у ребенка в возрасте 1 года составляет в 1 минуту:

- а) 100
- б) 120
- в) 140
- г) 160

8. Соотношение частоты дыханий и пульса у новорожденного ребенка составляет:

- а) 1:2
- б) 1:2,5
- в) 1:3-3,5
- г) 1:4-4,5

9. Число мочеиспусканий за сутки у ребенка первого полугодия составляет:

- а) 5-10
- б) 10-15
- в) 15-20
- г) 20-25

10. Уровень гемоглобина у здорового ребенка первого года жизни не должен быть ниже:

- а) 80-90 г/л
- б) 90-100 г/л
- в) 100-110 г/л
- г) 110-120 г/л

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6**

1. Внутриутробной гипотрофией новорожденного считается:

- а) дефицит массы тела по отношению к сроку гестации
- б) дефицит длины тела по отношению к сроку гестации
- в) дефицит массы тела по отношению к длине тела
- г) масса тела при рождении меньше 3000 г

2. Дефицит массы при 1 степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8 %
- б) 5-15 %
- в) 10-20 %
- г) 20-30 %

3. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-10 %
- б) 10-20 %
- в) 20-30 %
- г) более 30 %

4. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

- а) паратрофией
- б) гипотрофией
- в) гипостатурой
- г) квашиоркором

5. К паратрофии относятся состояния с:

- а) дефицитом массы более 10 %
- б) избытком массы от 5 до 10 %
- в) избытком массы более 10 %
- г) избытком массы и роста более 10 %

6. Какой диагноз можно поставить ребенку грудного возраста, масса тела которого на 25 % ниже возрастной нормы:

- а) гипотрофия
- б) паратрофия
- в) гипостатура
- г) квашиоркор

7. Оцените физическое развитие 2-х месячного ребенка с массой тела 4000 г, длиной 58 см.

Ребенок родился доношенным с массой тела 3500 г, длиной 52 см:

- а) масса тела ребенка в пределах возрастной нормы
- б) масса тела превышает возрастную норму на 10 %
- в) масса тела ниже возрастной нормы на 10 %
- г) масса тела ниже возрастной нормы на 20 %

8. У ребенка с гипотрофией возникло подозрение на муковисцедоз. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза:

- а) ректороманоскопия
- б) определение электролитов (натрия и хлоридов) в поте
- в) гастродуоденоскопия
- г) рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта

9. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет:

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы

10. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- а) алиментарные факторы
- б) несвоевременная вакцинопрофилактика
- в) сахарный диабет у матери
- г) железодефицитная анемия

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8**

1. Какие признаки можно рассматривать, как симптомы обезвоживания:

- а) снижение тургора тканей
- б) полиурия
- в) ригидность затылочных мышц
- г) опрелость межягодичных складок

2. Какой продолжительности паузу в приеме пищи назначите ребенку 3-х месяцев с признаками обезвоживания и токсикоза 1 степени, развившихся вследствие рвоты и поноса:

- а) на 3 часа
- б) на 6 часов
- в) на 9 часов
- г) на 12 часов

3. 1-месячный ребенок поступил с жалобами матери на ежедневную рвоту фонтаном с 20-дневного возраста. В правом верхнем квадранте живота пальпируется плотное образование 1,5 см на 0,8 см. Какой наиболее вероятный диагноз у этого ребенка:

- а) врожденный пилоростеноз
- б) нефробластома
- в) муковисцидоз
- г) диафрагмальная грыжа

4. Какие исследования показаны больному с врожденным пилоростенозом для подтверждения диагноза:

- а) лапароскопия
- б) эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта
- в) определение электролитов в поте
- г) рентгеновский снимок грудной клетки

5. К какому врачу должен быть направлен ребенок с врожденным пилоростенозом для оказания специализированной помощи:

- а) детский хирург
- б) инфекционист
- в) онколог
- г) эндокринолог

6. Какие микробные штаммы из перечисленных

наиболее значимы для возникновения кишечных инфекций у доношенных новорожденных?

- а) эндогенная флора
- б) материнская флора
- в) госпитальные штаммы
- г) все в равной степени

7. Какие возбудители вызывают наиболее тяжелые формы кишечных инфекций у новорожденных?

- а) грам-положительные бактерии
- б) грам-отрицательные бактерии
- в) вирусы
- г) все в одинаковой степени

8. Назовите основной признак кишечной инфекции при проведении дифференциального диагноза с неинфекционной диареей:

- а) кратность и характер стула
- б) эксикоз и дистрофия
- в) острое начало, инфекционный токсикоз, симптомы энтероколита
- г) зависимость кишечного синдрома от вскармливания

9. Назовите характерные признаки ферментопатий

- а) связь дисфункции кишечника с характером питания
- б) специфический характер стула и отсутствие признаков воспаления в копрограмме
- в) удовлетворительный аппетит и недостаточная прибавка массы тела
- г) все ответы правильные

10. Назовите факторы риска развития дисбактериоза кишечника

- а) заболевания бактериальной и вирусной этиологии в анамнезе
- б) нарушения питания
- в) применение химиопрепаратов, антибиотиков и гормональной терапии
- г) все перечисленные

## 9 семестр

### Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОК-1

1. Какой из перечисленных препаратов следует ввести в первую очередь ребенку, с выявленной дифтерией?

- а) строфантин
- б) преднизолон
- в) пенициллин
- г) противодифтерийную сыворотку

2. Какие из перечисленных клинических форм дифтерии может вызвать одышку, беспокойство, втяжение уступчивых мест грудной клетки, шумное дыхание, цианоз лица?

- а) дифтерия носа
- б) локализованная дифтерия зева
- в) дифтерия гортани
- г) токсическая дифтерия зева



3. Пигментация наблюдается после высыпания при кори, а также

- а) при скарлатине
- б) при ветряной оспе
- в) при краснухе
- г) при токсико-аллергических реакциях

4. Ребенок поступил в отделение с рецидивирующими болями в животе. При осмотре отмечается болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительный симптом Орнера. Какие, в связи с этим, необходимо провести исследования для постановки диагноза:

- а) рентгенография грудной клетки
- б) анализ мочи
- в) УЗИ печени и желчного пузыря
- г) копрология

5. Ребенок по поводу гломерулонефрита в течение 4 месяцев получает преднизолон. Появились боли в области пупка натощак и через 1.5-2 часа после еды. Изжога. При рентгенологическом исследовании желудка с барием обнаружено большое количество жидкости и слизи натощак. Складки слизистой желудка утолщены. В антральном отделе желудка на большой кривизне обнаружена "ниша" размером 5х7 мм. Какой диагноз можно поставить:

- а) холецистит
- б) холангит
- в) язва антрального отдела желудка
- г) эзофагит

6. О каком заболевании можно думать при наличие болей в эпигастрии, возникающих через 20-30 минут после еды.

- а) пиелонефрит
- б) холецистит
- в) хронический гастрит
- г) аппендицит

7. Из перечисленных один метод не применяется для аллергологической диагностики бронхиальной астмы

- а) аллергологический анамнез
- б) кожные пробы
- в) реакция бластной трансформации лимфоцитов
- г) реакция Вассермана

8. Из перечисленных одно заболевание не требует дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой:

- а) обструктивный бронхит
- б) аспирация инородного тела в бронхи
- в) врожденный стридор гортани
- г) стенозирующий ларинготрахеит

9. Из перечисленных только один не является необходимым методом исследования для диагностики хронической пневмонии:

- а) анамнез
- б) рентгенография грудной клетки
- в) бронхография
- г) кожные тесты

10. Причинами развития приобретенной первичной хронической пневмонии может быть любая из перечисленных, кроме одной
- а) ангина
  - б) острая пневмония
  - в) аспирация твердого инородного тела
  - г) сегментарные (долевые) бронхолегочные поражения при первичном туберкулезе

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1**

1. В каких случаях синдром обезвоживания может сопровождаться шоком?

- а) при длительном сохранении обезвоживания
- б) при быстром развитии обезвоживания
- в) при второй и третьей степени обезвоживания
- г) все ответы правильные

2. Причиной срыгивания у грудных детей является

- а) тупой угол перехода пищевода в желудок
- б) высокий тонус желудка в пилорическом отделе
- в) высокое внутрибрюшное давление
- г) все перечисленное

3. Для халазии характерен следующий симптом

- а) боли в правом подреберье
- б) запоры
- в) боли натошак в эпигастрии
- г) рецидивирующая рвота

4. Для выявления халазии необходимо провести

- а) холецистографию
- б) копрологическое исследование
- в) рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
- г) ирригоскопию

5. При срыгивании и рвотах не возникает

- а) фарингит
- б) аспирационная пневмония
- в) трахео-бронхит
- г) стоматит

6. Синдром пилороспазма наиболее часто определяется у детей в возрасте

- а) до 6 месяцев
- б) до 3 лет
- в) дошкольном
- г) школьном

7. Синдром пилороспазма чаще всего наблюдается

- а) при повышении внутричерепного давления
- б) при недокорме
- в) при перекорме
- г) при искусственном вскармливании

8. При пилороспазме не характерны

- а) срыгивания
- б) рвота
- в) рвота с примесью желчи
- г) усиленный аппетит

9. Для ликвидации синдрома пилороспазма не рекомендуется

- а) пипольфен
- б) раствор 0.25% новокаина
- в) фестал
- г) аминазин

10. Пилоростеноз у ребенка грудного возраста является

- а) врожденным функциональным нарушением
- б) врожденным анатомическим дефектом
- в) последствием неправильного кормления
- г) последствием внутричерепной гипертензии

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6**

1. Назовите из четырех один наиболее вероятный возбудитель бронхолита

- а) стафилококк
- б) пневмококк
- в) респираторно-синцитиальный вирус
- г) ротавирус

2. Один из перечисленных препаратов наиболее эффективен для лечения микоплазменной пневмонии

- а) пенициллин
- б) эритромицин
- в) гентамицин
- г) линкомицин

3. Из названных четырех один является наиболее вероятным возбудителем стенозирующего ларинготрахеита

- а) шигелла
- б) салмонелла
- в) вирус парагриппа
- г) стафилококк

4. Наиболее вероятным возбудителем пневмонии у новорожденных из перечисленных является один

- а) пневмококк
- б) микоплазма пневмонии
- в) палочка Фридлендера
- г) хламидия пневмонии

5. Специфическим симптомом пневмонии является только один из перечисленных

- а) кашель
- б) одышка

- в) эмфизематозное вздутие грудной клетки
  - г) локальные стойкие по времени и локализации хрипы в легких
6. Рентгенологическим признаком абсцедирующей пневмонии является только один из перечисленных
- а) усиление легочного рисунка
  - б) расширение корней легких
  - в) полость в легочной ткани с уровнем (или без уровня) жидкости
  - г) повышенная прозрачность легочной ткани
7. Для острого простого бронхита характерен только один из перечисленных симптомов
- а) экспираторная одышка
  - б) разнокалиберные влажные, рассеянные с обеих сторон хрипы
  - в) приступообразный кашель
  - г) удушье
8. Для острого обструктивного бронхита характерен только один из перечисленных симптомов
- а) инспираторная одышка
  - б) сухие свистящие хрипы на выдохе, рассеянные с обеих сторон
  - в) расширение перкуторных границ относительной тупости сердца
  - г) бронхофония
9. Из перечисленного для бронхиолита характерно поражение только
- а) бронхов
  - б) трахеи и гортани
  - в) бронхиол
  - г) лимфатических узлов корня легких
10. Из перечисленных только одно вирусное заболевание может сопровождаться экзантемой
- а) грипп
  - б) аденовирусная инфекция
  - в) респираторно-синцитиальная вирусная инфекция
  - г) ротавирусная инфекция

### **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8**

1. Симптом, характерны для инфекционного мононуклеоза:
- а) синяки на коже
  - б) увеличение селезенки
  - в) воспаление легких
  - г) повышенная кровоточивость
2. Типичное изменение в анализе крови при инфекционном мононуклеозе:
- а) снижение тромбоцитов
  - б) снижение эритроцитов
  - в) нейтрофилез со сдвигом влево
  - г) атипичные мононуклеары
3. Лечение инфекционного мононуклеоза:
- а) переливание эритромассы

- б) антибиотикотерапия
- в) викасол
- г) гепарин

4. Типичный симптом краснухи:

- а) увеличение затылочных лимфоузлов
- б) жидкий стул
- в) лающий кашель
- г) увеличение селезенки

5. Типичный симптом эпидемического паротита:

- а) увеличение селезенки
- б) увеличение лимфоузлов
- в) увеличение слюнных желез
- г) ангина

6. Осложнение при эпидемическом паротите:

- а) пневмония
- б) гнойный менингит
- в) орхит
- г) панкреатит

7. Дифференцировать эпидемический паротит следует с:

- а) шейным лимфаденитом
- б) ревматизмом
- в) скарлатиной
- г) корью

8. В спинномозговой жидкости при паротитном менингоэнцефалите обнаруживают:

- а) эритроциты
- б) нейтрофилы
- в) лимфоциты
- г) макрофаги

9. Характерный симптом менингококковой инфекции:

- а) ангина
- б) многократная рвота
- в) геморрагическая сыпь
- г) желтуха

10. При менингококковом менингите в спинномозговой жидкости характерно наличие:

- а) лимфоцитов
- б) нейтрофилов
- в) эозинофилов
- г) эритроцитов

## 10 семестр

**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОК-1**

### 1 Ситуационная задача

Вика, 7 лет, поступила в детское отделение с жалобами на частые болезненные мочеиспускания малыми порциями. Ночной энурез.

При поступлении – состояние средней степени тяжести. Ребенок вял, отмечается слабость, беспокойство, реакция на осмотр негативная. Кожные покровы бледноватые, явления периорбитального цианоза. Температура  $37,4^{\circ}$ . Отмечается сухость кожных покровов в области локтевых суставов. На передней грудной стенке заметна венозная сеть. В зеве умеренная гиперемия небных дужек с застойным оттенком, зернистость задней стенки глотки, по задней стенке глотки стекает слизистое содержимое. Язык обложен беловато-серым налетом у корня. Легкие – дыхание везикулярное. ЧД = 26 в 1 мин. Дыхание через нос затруднено – слизистые выделения. Тоны сердца: ясные, ритмичные, ЧСС = 110 в 1 мин. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует. При пальпации живот мягкий, печень +0,5 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Пальпация в зоне проекции почек безболезненная. Пальпация по ходу мочеточников безболезненная. Пальпация над лобком умеренно болезненная. Синдром Пастернацкого (–). Стул регулярный. Количество мочеиспусканий – 15-20 в день, болезненные.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести ребенку?
3. Примерная схема лечения.
4. Назначьте диету.
5. Показано ли проводить цистоскопию?

### 2 Ситуационная задача

Больная Галя, 14 лет, поступила с жалобами на частые, длительные, умеренной интенсивности боли в поясничной области; учащенное болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Боли в поясничной области впервые появились 6 лет назад, сопровождались высокой лихорадкой, ознобами, дизурическими явлениями. В течение недели по назначению участкового врача принимала фурадонин и левомицетин, после чего все явления прошли. Стационарно не обследовалась. В последующем периодически наблюдались подъемы температуры с болями в пояснице на фоне ОРВИ. Последнее ухудшение в состоянии связывает с переохлаждением.

Объективно: общее состояние страдает мало. Температура  $37,8^{\circ}$ . Кожа чистая, бледная. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в норме. АД 110/75 мм рт. ст. Пульс 72 в 1 мин. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ мочи: удельный вес 1.005, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 40 в п/зр., эритроциты выщелоченные и неизмененные до 3-4 в п. зр., гиалиновые цилиндры до 2 в п. зр., бактерии.

При бактериологическом исследовании мочи обнаружен стафилококк, микробное число 100 тыс. с 1 мг/мочи, чувствительный к гентамицину, левомицетину, тетрациклину. Мочевина 8,4 ммоль/л, креатинин крови 0,008 ммоль/л, общий белок 62,5 г/л, калий плазмы 4,2 ммоль/л, натрий 130 ммоль/л. Нв = 120 г/л, лейкоциты  $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ = 40 мм/час.

1. Поставьте диагноз.
2. Провести необходимое дообследование.
3. В какой стадии заболевания будет проведено R-урологическое обследование?
4. Показана ли консультация гинеколога?
5. Назначьте лечение.

### 3 Ситуационная задача

Ирина С., 3 мес., поступила на стационарное лечение по поводу недостаточного прибавления массы и появления примесей жидкого стула в количестве 1-2 раз в день. Ребенок от молодых здоровых родителей. У матери 1-я беременность, протекающая благоприятно. Роды в срок, масса при рождении 3100 г, рост 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Ребенок находился на естественном вскармливании. Бытовые условия хорошие.

Девочка ничем не болела. Голову хорошо держит с 2-х месяцев, с этого же возраста гулит. За 1-й месяц после рождения прибавила в массе 450 г, за 2-й месяц – 550, за 3-й – 500 г.

При поступлении в стационар состояние ребенка удовлетворительное. Масса 4600 г, рост 58 см. Большой родничок размером 2×2 см. Кожные покровы несколько бледные, эластичность сохранена, тонус мышц несколько понижен. Подкожный слой истончен на туловище, отсутствуют физиологические складки на нижних конечностях. Девочка хорошо держит голову, переворачивается с живота на спину, упирается ногами. Проявляет интерес к ярким игрушкам, узнает мать, улыбается, громко гулит. Спит спокойно. Аппетит сохранен. Лимфатические узлы размером до 0,5 см, пальпируются только в шейной области. В костной системе изменений не отмечено. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Анализ крови: Нв = 125/л, эр. =  $4,53 \times 10^{12}$ , л –  $8,6 \times 10^9$ /л, с = 39 %, лимф. – 44 %, мон. = 4 %, СОЭ = 5 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

При проведении контрольного кормления было установлено, что ребенок за 1 кормление высасывает 100 мл молока.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования следует провести?
3. Составьте диету ребенку на 1 день.
4. Дайте рекомендации маме по лечению гипогалактии.

#### 4 Ситуационная задача

Больной Витя Ж., 9 лет, поступил в стационар 5.05.96 г. с жалобами на периодические боли в верхних отделах живота сразу после еды после приема жареной или грубой пищи, изжогу, отрыжку воздухом, склонность к запорам. Болен в течение 2-х лет, ранее не обследовался. Из анамнеза: рос и развивался удовлетворительно. Из двойней, на грудном вскармливании находился до 1 месяца. До 1 года отмечались частые срыгивания съеденной пищи. У брата хеликобактерпозитивный хронический гастродуоденит, по поводу которого он обследован в гастроцентре. Перенес ветряную оспу, нечастные простудные заболевания.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°. PS – 86 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, язык обложен у корня белым налетом. Со стороны органов дыхания и сердца без особенностей. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и гастродуоденальной зоне. Общие анализы крови, мочи без особенностей. В копрограмме: мышечные волокна с исчерченностью ++, без исчерченности ++. Экспресс-аэротест на наличие *Helicobacter pylori* – отрицательный. Эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС): пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая. Кардиальный сфинктер зияет. Желудок расправился, на стенках мутный экссудат с примесью желчи. Слизистая застойная с гиперплазиями в антральном отделе. Привратник зияет, стенки утолщены, отечные. Выражен дуоденогастральный рефлюкс. Слизистая нисходящей ветви 12-перстной кишки с беспорядочными утолщенными складками, отечная. Биопсийный Де-нол-тест сразу положительный.

1. Выставить клинический диагноз.
2. Определить комплекс лечебных мероприятий.
3. Обосновать необходимость в дообследовании больного.

#### 5 Ситуационная задача

Больной В., 13 лет, поступило на вторые сутки от начала заболевания с жалобами на подъем температуры до 39,8°, сильный непродуктивный кашель, боль в правом боку, резкое ухудшение состояния, потерю аппетита.

При поступлении состояние тяжелое, резко выражены явления токсикоза: анорексия, кожные покровы бледные, горячие, румянец щек. Кашель чистый, сухой, болезненный. В легких перкуторно справа в верхних отделах определяется притупление перкуторного звука, там же – ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД = 36 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 92 в 1 мин.

Посев трахеального аспирата – высея пневмококка. На рентгенограмме грудной клетки тень высокой плотности в правой верхней доле.

Было назначено лечение, температура критическим снизилась до нормальной. Дальнейшее течение гладкое, на вторые сутки появились влажные хрипы.

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Расписать лечение.
3. Назначить диспансерное наблюдение.
4. Какой наиболее частый возбудитель острой пневмонии у детей?
5. Возможные осложнения острых пневмоний.

## 6 Ситуационная задача

Больная А., 5 месяцев, поступила в клинику с жалобами на усиливающуюся одышку, приступообразный кашель, субфебрильную температуру. Заболела примерно 2 месяца назад, когда на фоне нормальной температуры возник кашель. Постепенно кашель стал приступообразный, появилась и стала нарастать одышка. Неоднократно лечилась без эффекта антибиотиками (пенициллин, кефзол, гентамицин), что и явилось причиной госпитализации.

При поступлении состояние ребенка оценено как тяжелое. Одышка до 58 в 1 мин. Кашель частый, приступообразный с высовыванием языка. В легких перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно-жесткое дыхание, рассеянные влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы.

Исследование крови на противохламидийные антитела выявило диагностические титры специфических антител: IgM – 1:8, IgG:128. На рентгенограмме грудной клетки определяются двусторонние диссеминированные очаги малой интенсивности до 2-4 мм в диаметре на фоне диффузного усиления легочного рисунка.

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить диф. диагноз по клинической картине?
3. Какие антибиотики и в какой дозе можно использовать?
4. Нужно ли обследовать мать больной?
5. Каковы пути передачи хламидийной инфекции?

## 7 Ситуационная задача

Больная Т., 8 лет, поступила в клинику с жалобами на подъем температуры до 38,5°, кашель, потерю аппетита.

Заболела 5 дней назад, когда поднялась температура, исчез аппетит. Температура все дни держалась на фебрильных цифрах.

Состояние при поступлении ближе к тяжелому по дыхательной недостаточности. Кожа бледная, влажная. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. ЧД = 30 в 1 мин. В легких физикальные изменения в виде ослабления дыхания и укорочения перкуторного звука справа в верхних отделах по передней и задней поверхности до уровня IV ребра. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС = 96 в 1 мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в правом подреберье. Мочилась за сутки 2 раза необильно. Стул без патологических примесей.

На рентгенограмме грудной клетки массивная пневмоническая инфильтрация верхней доли правого легкого, костальный плеврит.

В общем анализе крови: Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв = 106 г/л, цв. п. = 0,8, лейкоц. =  $18,0 \times 10^9/л$ , п = 10, с = 54, л = 36, СОЭ = 32 мм/ч.



Плевральная пункция: получено 70 мл серозно-фибринозной жидкости, из экссудата выделен пневмококк.

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Какие растворы можно использовать для инфузионной терапии у данной больной?
4. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей?
5. Что включает диспансерное наблюдение ребенка, перенесшего острую пневмонию?

## 8 Ситуационная задача

Ребенок в возрасте 7 лет заболел остро, с подъемом температуры до 39°. Отмечаются боли в животе вокруг пупка средней интенсивности, иррадирующие в гипогастрий. Ребенок вял, отказывается от еды, отмечается рвота съеденной пищей. Родители связывают заболевание ребенка с переохлаждением. В стационаре при обследовании обнаружено:

Общий анализ крови: Эр. =  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв = 120 г/л, цв. п. = 0,9, Л =  $16,0 \times 10^9/л$ , СОЭ = 35 мм/ч, п = 8, с = 54, лимф. = 20, М = 4.

Общий анализ мочи: мутная, уд. вес = 1,024, лейкоц. = сплошь в п. зр., Эр. = 0-2 в п. зр., бактерии ++++.

В посеве мочи выделена E.coli. Микробное число = 200 тыс. Чувствительна к гентамицину, левомицетину, нитрофурановым препаратам.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обоснования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
3. Какой возбудитель чаще вызывает данную патологию?
4. С чем нужно проводить диф. диагностику в первую очередь?
5. Какое лечение назначите?

## 9 Ситуационная задача

Ребенок в возрасте 6 мес. осмотрен участковым педиатром после выписки из стационара, где лечился по поводу острой деструктивной пневмонии, получил массивную антибактериальную терапию. Выписан с клиническим и рентгенологическим выздоровлением. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, в паховых складках опрелости папулезного характера. При осмотре слизистой оболочки рта выявлены множественные мелкоточечные белые, с трудом отделяемые налеты, местами сливающиеся. Подкожножировой слой истощен на туловище, дефицит веса составляет 12 %. Дыхание в легких пуэральное. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, б/б. Печень +1,0 см, край б/б, мягкий. Мочится достаточно. Стул неустойчивый, кашицеобразный, с комочками непереваренной пищи.

1. Какое заболевание выявлено участковым педиатром?
2. Назначьте лечение.
3. Что вызвало развитие заболевания?
4. Какое сопутствующее состояние выявлено у ребенка?

## 10 Ситуационная задача

На приеме у участкового педиатра мать отмечает у 6-месячного ребенка беспокойство при кормлении в течение 2 дней. Две недели назад ребенок получал антибактериальную терапию по поводу бронхита.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, тургор тканей не снижен, температура 36,4°. Масса тела 5800 г. Тонус мышц физиологический. Большой родничок – 1,5×1,5 см, края плотные. В легких дыхание пуэральное. ЧД = 30 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = 112 в 1 мин. На гиперемизированной слизистой оболочке рта мелкий беловатый налет, напоминающий свернувшееся молоко, легко снимается, участками сливается между собой, образуя как бы белую пленку, которая отторгается с трудом. У матери на сосках мелкие трещины и эрозии. Живот мягкий, б/б при пальпации. Печень +1,0 см,

край мягкий, б/б. Селезенка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул кашицей, без патологических примесей.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить обследование.
3. Назначить лечение.
4. Что спровоцировало развитие данной патологии?
5. Какие продукты, помимо грудного молока, получает ребенок в возрасте 6 месяцев?

## Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1

### 1 Ситуационная задача

Ребенок В. (ж.) 10 лет поступила в детское нефрологическое отделение с жалобами на подъем температуры до субфебрильных цифр в течение недели, тошноту, боли в животе - пупочной области.

Ан. morbi: заболела неделю назад остро, отмечался подъем температуры до 38°C, вялость, слабость. Позже, через 2 дня появился болевой синдром - боли в пояснице и пупочной области. При обращении к участковому педиатру в анализах мочи обнаружена лейкоцитурия, протеинурия. Ранее изменений в анализах мочи не отмечено. Ребенок направлен в отделение для обследования и лечения.

Ан. vitae: от первой беременности, протекавшей на фоне анемии. Роды срочные. Родилась с массой 3300 г, рост 50 см. К груди приложена на 2 сутки, на искусственном вскармливании с 1 месяца. На первом году жизни переболела ОРВИ. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, ветряная оспа.

Аллергические реакции не отмечались.

Наследственность: мать ребенка и бабушка по материнской линии страдают хроническим пиелонефритом.

St. praesens: состояние при поступлении средней тяжести. Ребенок вял, слабость. Кожные покровы бледноватые, без патологических высыпаний. Температура 37,7°C, отмечаются явления перiorбитального цианоза. В зеве легкая гиперемия небных дуг с застойным оттенком, язык обложен у корня беловато-серым налетом. Легкие: дыхание везикулярное, ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца: ясные, ритмичные, ЧСС = 100 в 1 мин. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует, на передней брюшной стенке заметна венозная сеть. Поверхностная пальпация: болезненность в зоне проекции левой почки. Печень: ее край по краю правой реберной дуги, край ее эластичен, мягкий. Селезенка не пальпируется.

Синдром Пастернацкого справа ±; слева ±. Отмечаются учащенные мочеиспускания. Стул регулярный.

Лабораторно:

Общий анализ крови: Нв = 122 г/л, ц.п.=0,87, лейкоц. =  $8,0 \times 10^9$ , ЭО = 0, пал.= 15, сегм. = 59, лимф. = 18, мон = 8, СОЭ = 13.

Биохимия крови: СРБ (1), холестерин = 4,7 ммоль/л, мочевины = 3,6 ммоль/л, общий белок = 80 г/л, альбумины = 40 г/л, АлТ = 0,3, АсТ = 0,8, тимоловая = 0,9, сулемовая проба = 2,0 ед.

Общий анализ мочи: св. желтая, уд.вес. = 1,012, рН = кислая, Б = 0,02, сахар = отриц., лейкоц. - до 50 в п/зр., Плоск, эпителий = 1-3, эритроциты = 0-1

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. = 8000, эритроциты = 1000.

УЗИ почек: обычной формы, положения и размеров. Правая 9,0х3,0 см, левая 9,5х3,0. Контуры почек ровные, подвижность сохранена. Эхогенность паренхимы почек обычная. ЧЛС однородны, не расширены. Конкрементов нет.

Посев мочи: выделен стафилококк с гемолизирующими свойствами.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие обследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
3. Когда будет проведено рентгеноурологическое обследование?
4. Каковы особенности диеты?
5. Назначьте лечение.

## 2 Ситуационная задача

В начале апреля на прием к участковому педиатру обратилась мама 9-месячного Сережи П. с жалобами на кратковременную остановку дыхания в течение 7-10 секунд, возникшую на высоте плача. В этот момент ребенок сначала побледнел, потом у него появился цианоз. Сознание ребенок не терял. Приступ закончился глубоким вдохом, мальчик быстро пришел в нормальное состояние и заснул.

Родители ребенка молодые, считают себя здоровыми. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом 2-ой половины. Роды срочные. Масса тела при рождении 2900, рост 49 см. Период новорожденное™ протекал без особенностей. С 1-го месяца находится на искусственном вскармливании. В течение первых месяцев получал простую физиологическую смесь № 3, с 3-х месяцев - цельное коровье молоко. С 4-х мес. ввели манную кашу, с 6 мес. - овощное пюре, с 8 мес. - мясной фарш. Фруктовые соки и пюре ребенок получал с 3-х месяцев. Голову стал держать с 2-х мес., сидеть без поддержки с 7,5 мес., переворачиваться с 5 мес., пытается самостоятельно встать, не ползает. Произносит отдельные слоги.

Профилактика рахита не проводилась.

Мальчику было рекомендовано обследование и лечение в соматическом стационаре.

При осмотре состояние удовлетворительное, отрицательно реагирует на осмотр. При прикосновении начинает плакать, капризничать. Масса тела 8500, рост 69 см, кожные покровы чистые, несколько бледноватые. Подкожный жировой слой развит умеренно, тургор тканей в норме, тонус мышц удовлетворительный. Голова с выступающими лобными и теменными буграми, большой родничок размерами 1х1,5, края плотные. Нижняя апертура грудной клетки развернута и отличается умеренная вирусная деформация нижних конечностей, плоско-вальгусная установка стоп. Перкуторно и аскультативно в легких изменений не обнаружено. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны чистые, пульс 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из под края реберной дуги, стул ежедневно, оформленный.

Общемозговой и очаговой симптоматики не выявлено.

Сухожильные рефлексы оживлены. Положительные феномены: Хвостека, Труссо, Люста.

В общем анализе крови: Нв = 114 г/л, Эр =  $4,1 \times 10^{12}$  /л, цв.п. = 0,8, л =  $10,8 \times 10^9$  /л, э = 4 %, м = 37 %, лимф. = 54 %, мон = 5 %. СОЭ = 10 мм/ч.

В сыворотке крови понижена концентрация общего и ионизированного кальция до 1,3 ммоль /л и 0,7 ммоль /л соответственно. Активность щелочной фосфатазы в пределах нормы, уровень фосфора = 2,0 ммол /л, анализ мочи без особенностей.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите феномены Труссо, Люста, Хвостека.
3. Назначьте лечение.
4. К чему сводится профилактика данной патологии у детей?
5. Показаны ли этому пациенту соляно-хвойные ванны?

## 3 Ситуационная задача

Ольга 4.5 мес., поступила в стационар с жалобами матери на плохое прибавление массы, пониженный аппетит и неустойчивый стул.

Девочка от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-й половины, анемии, гестационного пиелонефрита. Масса при рождении 3000 г, рост 49 см. Период новорожденности протекал благоприятно. С рождения находится на искусственном вскармливании, в первый месяц получала половинное молоко, а затем весь рацион состоял из молока, разведенного на 2/3. Овощные и фруктовые соки получала нерегулярно и в недостаточном количестве. За первый месяц после рождения прибавила 500 г, за 2-й и 3-й месяцы по 200 г, за 4-й мес- 450 г. Голову начала держать с 2-х месяцев, плохо опирается на ножки, не переворачивается. Перенесла 3 раза ОРВИ, простую диспепсию. Стул с возраста 3 месяцев неустойчивый.

На стационарное лечение поступила с массой 5000 г, рост 59 см. Девочка редко улы-

бається, обычно скучная, вялая, но иногда возбуждена, криклива, негативно реагирует на обследование, мало и плохо спит. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, потерявшая эластичность, легко собирается в складки, которые плохо расправляются. Мышечный тонус снижен. Подкожный жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Во рту молочница. Пальпируются шейные и подчелюстные лимфатические узлы мелкие, подвижные, болезненные. Со стороны сердца и легких отклонений нет. Передняя брюшная стенка дряблая, при пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка прощупываются у краев реберных дуг. Appetit значительно снижен. Стул 4-5 раз в сутки желтовато-зеленого цвета с неприятным запахом.

Анализ крови: Нв -99/л, эр.  $-3,3 \times 10^{12}$ , ц.п. -0,8, л  $-8,1 \times 10^9$ /л, п-4%, с-49%. лимф. -44%, э-1%, мон. -2%, СОЭ -9 мм/ч.

Общий анализ мочи без отклонений от нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные обследования следует провести?
3. Изложите принципы лечения.
4. Какая диетотерапия может быть назначена?
5. Какие препараты могут быть использованы для ферментотерапии?

#### 4 Ситуационная задача

Больной Алексей К., 14 лет, находился в стационаре с 10.10.13 г. Поступил с жалобами на ноющие боли в верхних отделах живота, по ночам, после физической и эмоциональной нагрузки, отрыжку "кислым", изжогу.

Из анамнеза: болен в течение 3-х лет, неоднократно лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Настоящее обострение с 5.10.13 г. Наследственность отягощена: у отца и брата язвенная болезнь желудка по поводу чего они были оперированы. Рос и развивался удовлетворительно. Болел не часто, перенес эпидемический паротит и ветрянную оспу.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, выражена болезненность при глубокой пальпации в гастродуоденальной зоне. Положительный симптом Ортнера, Менделя. Общие анализы крови, мочи, кала без особенностей. Температура  $36,7^{\circ}\text{C}$ . ЧСС 78 уд в мин. АД 110/60 мм рт.ст.

Рентгенография от 11.10.13 г. выявила деформацию луковицы 12-перстной кишки с изменениями рельефа её медиального контура (ниша). Получал лечение: стол № 1, омепразол 1т x 2 раза в день до еды, фосфалюгель 1 д.л. x 3 до еды, в/м но-шпа 1,5 мл на ночь, физиолечение: электрофорез новокаина 5-10 % р-ра. Болевой синдром значительно уменьшился. Утром 15.10.13 г появились резкие боли в верхних отделах живота, иррадирующие в правое подреберье и правую подвздошную область, была однократная рвота, дегтеобразный стул. Больной возбужден. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов, похолодание конечностей. Температура тела  $36,0^{\circ}\text{C}$ . АД 90/50 мм рт.ст. ЧСС=100-104 уд. в мин. Живот резко болезненный при пальпации во всех отделах.

1. Ваш развернутый диагноз, клинический?
2. Определить врачебную тактику в плане обследования по неотложным показаниям и комплекса терапевтических мероприятий.
3. Какой режим показан больному
4. Показано ли назначение пациенту аминокaproновой кислоты?
5. Показано ли назначение больному кальция хлорида?

#### 5 Ситуационная задача

Больной Дима Н., 8 лет направлен в детское отделение с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и в правом подреберье после еды (особенно после жареных блюд), тошноту, плохой аппетит. Мальчик отмечает также усиление болей при физической нагрузке.

ке. Анамнез заболевания около 6 месяцев. Амбулаторно не обследовался. За помощью к врачу родители не обращались, приступы болей в животе купировали дачей но-шпы. Из анамнеза также известно, что мальчик перенес несколько раз ангину, часто болеет ОРВИ.

При осмотре: пониженного питания, кожа бледная, чистая. Язык обложен бело-желтым налетом. Дыхание в легких везикулярное. Сердечная деятельность удовлетворительная. АД 90/55 мм рт.ст. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастрии, симптом Керра положительный. Стул со склонностью к запорам (через 2-3 дня).

Общий анализ крови: Нв -131/л, эр.  $-4,8 \times 10^{12}$ , ц.п. -0,84, л  $-6,0 \times 10^9$ /л, с -47 %, п-3 %, л - 37 %, э-2 %, мон. -11%, СОЭ -3 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд.вес-1,021, белок-следы, л-2-3 в п/зр., пл.эп. 1-2, оксалаты-2.

Моча по Нечипоренко: л-750 в 1 м.л., эр.-500 в 1 мл.

Копрограмма: жирн.кислоты-2, нейтр.жир-1.

Биохимия крови: о.белок-67 г/л, альбумины-52 %, глобулины-48%. билирубин общий по Ван-ден-Бету 5,5 ммоль, прямой - 5,6 ммоль/л, АСТ-0,58 ммоль/л, АЛТ-0,36 ммоль/л, холестерин-4,7 ммоль/л, мочевины-3,9 ммоль/л, тимоловая проба-0,9 ед., сулемовая проба-2,0 мл, СРБ-1, амилаза-2,5 мг/с-л.

ФДЗ:

порция «А» выделилась через 20 минут за 25 минут в количестве 16 мл, при микроскопии Л.-1-2, эп.кл. 1-3., слизь-умер. количество, цвет- золотисто-желтый, прозрачная.

порция «В» выделилась через 19 минут за 17 минут -60 мл, темно-оливкового цвета желчи, мутной; микроскопия: л.-2-3 в п/зр., эп.кл.-15-20 в п/зр, эр-покр.всё п/зр., слизь- небольшое количество, соли билицирбината Са-значительное количество.

порция «С»: за 10 минут 12 мл золотисто-желтой мутноватой желчи, микроскопия: л.- 2-4 в п/зр, пл.эп. 2-4 в п/зр, слизь небольшое количество, соли билирубина Са-небольшое количество.

1. Обосновать клинический диагноз, выделив основной и сопутствующее(ие) заболевания.
2. План обследования (дообследования)?
3. Назначить лечение.

## 6 Ситуационная задача

Гриша К., 4 года поступил в гастроэнтерологическое отделение 29.01.14 г. с жалобами на колющие боли вокруг пупка, надчревной области правого подреберья. Боль не постоянная, не имеет четкой связи с временем, приемом пищи и ее составом, носит приступообразный характер. Со слов родителей, мальчик болен в течение двух лет, когда стали отмечаться: пониженный аппетит, отрыжка воздухом, пищей, слюнотечение, неустойчивость стула в виде запоров, чередующихся с поносами. В течение года беспокоят боли в животе.

При осмотре астенического телосложения, бледный. Язык обложен у корня белым налетом. При пальпации живота определяется разлитая болезненность без четкой локализации. Кожные покровы повышенной влажности. Пульс 120 уд. в мин. Мальчик плаксивый, капризный.

Анализ крови, мочи без особенностей. В анализе кала от 29.01.14 г. мышечные волокна 1-3 в п.зр., слизь. Соскоб на энтеробиоз – обнаружены острицы.

Фиброгастроскопия:пищевод не изменен, кардиальный сфинктер нормотоничен. Слизистая желудка ярко-розовая, складки обычные. Пилорус смыкаем, округлый. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Перистальтики во время исследования не определялось. Органической патологии не выявлено.

Аспирационная биопсия слизистой оболочки желудка: морфологическая картина характеризуется нарушениями микроциркуляции в строме слизистой оболочки при отсутствии дистрофических изменений в поверхностном эпителии и эпителиальных клетках.

1. Предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте лечение.

## 7 Ситуационная задача

Боря С., 1 г 8 мес поступил в отделение на 5-й день болезни с жалобами на повышение температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , кашель, потерю аппетита.

При поступлении состояние средней тяжести, кашель влажный. В легких справа в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука, аускультативно - там же жесткое дыхание, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД = 42 в 1 ми.

На Rg-грамме грудной клетки гомогенное слабой интенсивности затемнение в  $S_7$  правой нижней доли. ОАК: эр =  $3,6 \times 10^{10}$  /л; Нв = 96 г/л; цв.п. = 0,87;  $\alpha = 10 \times 10^9$  /л; п = 6; С = 54; л = 36; м = 4; СОЭ = 24 мм/час.

Лечение антибиотиками было эффективным: падение температуры на 4-й день лечения, клиническое выздоровление через 10 дней, рентгенологическое через 17 дней (исчезло затемнение).

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Какие лабораторные изменения характерны для железодефицитной анемии у детей?
4. Нужно ли назначать пациенту отхаркивающие препараты?
5. Какое физиолечение может быть назначено?

## 8 Ситуационная задача

Больная М., 12 лет поступила в стационар с массивными отеками и протеинурией до 10 г в сутки, которые появились после перенесенной ангины.

Из анамнеза известно, что в 8-летнем возрасте перенесла острый гломерулонефрит, сопровождающийся массивными отеками. Около 2,5 месяцев лечилась в нефрологическом отделении. Выписана была в удовлетворительном состоянии, но оставалась небольшая протеинурия. Амбулаторно наблюдалась нерегулярно, диету не соблюдала. При поступлении состояние тяжелое. Выражена бледность кожных покровов, одутловатость лица, отеки на передней брюшной стенке, пояснице, стопах и голенях. В легких дыхание везикулярное. Левая граница сердца по средне-ключичной линии в V м/реберье, тоны звучные, тахикардия, АД = 145/90 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв = 90 г/л, Эр. =  $3,4 \times 10^{12}$  /л, а =  $6,5 \times 10\%$ , СОЭ = 45 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность 1,024, белок 16,6 г/л, лейкоциты 3-4 в п.зр., эритроциты неизменные и выщелоченные 12-15 в п.зр., цилиндры гиалиновые, эпителиальные, зернистые 8-10 в п.зр., найдены кристаллы холестерина.

Мочевина 14 ммоль/л, остаточный азот 50 ммоль/л, креатинин крови 0,24 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 30 мл/мин. Общий белок 55,4 г/л, альбумины 33 %, глобулины  $\alpha_1 = 68$ ,  $\alpha_2 = 26$ ,  $\beta = 20$ ,  $\gamma = 15$  %, холестерин 9,6 ммоль/л. Реакция связывания комплемента с почечным антигеном (++) . Рентгенологически определяется умеренное расширение границы сердца влево за счет левого желудочка.

1. Выделите ведущие синдромы в течение заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Чем вызвано ухудшение состояния больной?
4. Какие ещё формы данной патологии бывают у детей?
5. С какими заболеваниями нужно проводить диф. диагностику?

## 9 Ситуационная задача

У мальчика 13 лет при прохождении медицинского осмотра выявили изменения в анализах мочи: белок 0,066 г/л, эритроциты 4-6 в п/зр., цилиндрурия. Жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. ЭКГ в норме. АД 110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общий анализ крови: эр.= $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв=130 г/л, лейко =  $5,5 \times 10^9$ /л, СОЭ=9мм/ч.

Протеинограмма: общий белок=66 г/л. альбумины=51 %, глобулины:  $\alpha_1=5,6$ ;  $\alpha_2=8$ ;  $\beta=12$ ;  $\gamma=14$  %. Остаточный азот крови = 24 ммоль/л, мочевины = 6,7 ммоль/л, креатинин = 0,076 ммоль/л, холестерин = 6,7 ммоль/л, СРБ-отр., калий плазмы = 4,6 ммоль/л.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. При каких заболеваниях чаще всего может наблюдаться описанный мочевого синдром?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Является ли данное заболевание микробно-воспалительным или аутоиммунным?
5. Можно ли назначить больному курантил и с какой целью?
- 6.

### 10 Ситуационная задача

Недоношенный ребенок в возрасте трех месяцев весит 3500. Масса тела при рождении 1700, находится на искусственном вскармливании.

Назначить питание, составить диету на сутки.

## Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

### 1 Ситуационная задача

Девочка 9 лет находилась в ЛОР-отделении детской клинической больницы с 21.11 с диагнозом: обострение хронического правостороннего гнойного отита. 23.11 - в отделении был случай кори, в связи с чем в этот же день ей был введен гамма-глобулин.

7.12 - отмечено повышение температуры тела до  $37,3^\circ\text{C}$ , появился сухой кашель, умеренные серозные выделения из носа, гиперемия зева и конъюнктивит. Слизистая щек чистая, блестящая.

8.12 - на коже лица и туловища появилась мелкопятнистая папулезная сыпь, необильная.

10.12 - температура нормализовалась, катаральные явления и сыпь исчезли.

1. Поставьте диагноз.
2. На основании каких эпидемиологических и клинических данных Вы его поставили?
3. Назначьте лечение.
4. В течение какого периода больная представляет опасность для окружающих (в плане заразительности)?
5. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести в ЛОР-отделении?

### 2 Ситуационная задача

Ребенок трех лет заболел около двух недель назад. При нормальной температуре и неплохом самочувствии появился кашель, вначале редкий, но навязчивый, затем приступообразный, до 10 раз в сутки. Кашель заканчивается выделением вязкой мокроты.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Активный. Кожные покровы бледной окраски, зев слабо гиперемирован.

При аускультации в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Другой патологии не выявляется.

Мальчик посещает группу детского сада, где есть длительно кашляющие дети.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы позволяют его поставить?

3. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Принципы терапии.
5. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести в детском саду?

### **3 Ситуационная задача**

Ребенку 3 месяца. Масса тела при рождении 3500. С 1 мес. на искусственном вскармливании. Получает адаптированную молочную смесь. Вес соответствует возрасту. После одномоментной дачи 100 мл персикового сока у ребенка появился жидкий стул, двукратная рвота.

1. Рассчитать вес ребенка в данное время.
2. Назначить лечение при простой диспепсии и диету.

### **4 Ситуационная задача**

Ребенок родился с массой тела 3000, длиной 50 см. В настоящее время ему 5 недель, вес 3800 г. Мать обеспокоена тем, что у нее мало молока. При контрольном взвешивании ребенок высасывает 60-70 мл молока.

Дать рекомендации по вскармливанию, составить диету на сутки.

### **5 Ситуационная задача**

Ребенок 1,5 месяцев родился с массой тела 2900. Кормится через 1-1,5 часа из-за беспокойства и крика. За последние 1,5 месяца ребенок прибыл в весе 500 г, много кричит, плохо берет грудь.

1. Какие мероприятия следует провести.
2. Определите, о каком заболевании можно думать.
3. Изложите принципы диетотерапии.

### **6 Ситуационная задача**

Составьте диету 7-месячному ребенку, находящемуся на естественном вскармливании с массой тела 8100.

### **7 Ситуационная задача**

Ребенку 2 месяца. Масса тела при рождении 3000, длина 50 см. При профилактическом осмотре в поликлинике масса тела - 4100. Во время контрольного кормления высосал 80 мл молока.

1. Дайте рекомендации по лечению \_ гипогалактии у мамы.
2. Дайте рекомендации по вскармливанию.
3. Составьте диету на один день.

### **8 Ситуационная задача**

Ребенок в возрасте 3 лет осмотрен участковым врачом в декретированный срок.

Обращает внимание бледность кожи, снижение тургора тканей. Физическое развитие дисгармоничное за счет избыточной массы тела. Мать отмечает, что ребенок быстро утомляется, плохо переносит длительные нагрузки. При объективном осмотре выявлено значительное генерализованное увеличение лимфатических узлов, аденоидный тип лица с нарушением носового дыхания. Тонус мышц снижен. В легких чисто. Тоны сердца отчетливые, выслушивается апикулярный нежный систолический шум. Границы сердца не расширены.

Известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными инфекциями. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки месяц назад была выявлена интенсивная тень в переднем верхнем средостении, увеличение кардио-тимико-торакального индекса. В общем анализе крови лимфоцитоз, моноцитоз.



1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как подтвердить Ваше предположение?
3. Какие рекомендации следует дать матери?
4. Какие продукты следует включить в питание?
5. Какие адаптогены можно назначить?

## 9 Ситуационная задача

Саша К. в возрасте 5 лет заболел остро с подъема температуры до 38°C, двукратной рвоты, дизурических расстройств в виде учащенного мочеиспускания, болевого абдоминального синдрома. Осмотрен врачом "скорой помощи", доставлен в приемный покой детской клиники, где консультирован дежурным педиатром и хирургом.

Известно, что ребенок часто болел ОРВИ. За неделю до настоящего заболевания были катаральные явления со стороны носоглотки. Находится на диспансерном учете с диагнозом инфекция мочевыводящих путей, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 38,5°C. Кожные покровы бледные. В зеве легкая гиперемия. Небные миндалины гипертрофированы до 1 степени, без налетов. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД=26 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС=98 в мин, АД=96/52 мм рт. ст. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания всеми отделами. При пальпации определяется болезненность в правой половине живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Со слов матери стул был накануне, оформленный.

По cito:

Общий анализ крови: Эр.= $4,2 \times 10^{12}$  /л, Нв=120 г/л, цв.п.=0,8, э=2, п=8, с=54, л=36, м=2, СОЭ=30 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов.

Общий анализ мочи: цвет мутный, уд.вес=1-12, белок=0,066, Эр=ед. в п/зр, лейкоц.=сплошь, бактерии(+++).

1. Ваш предварительный диагноз?
2. О каких заболеваниях следует думать в плане дифференциальной диагностики?
3. Какие обследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Какие уросептики можно назначить?

## 10 Ситуационная задача

Лена М, 7 лет поступила в детское отделение больницы в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, одышку, боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в спину и левую руку. Известно из анамнеза morbi, что больна неделю, амбулаторно лечилась с диагнозом ОРВИ, получала парацетамол, ингаляции, витамины. Заболевание развилось остро, температура в первые дни с подъемом до 38,4°C, затем на субфебрильных цифрах. Отмечались умеренные боли в горле, нарастала слабость, потливость. Мать отмечает, что ребенок стал бледным, капризным. Накануне госпитализации пожаловалась на боли в грудной клетке и в области сердца, ночью не спала, так как лежа чувствовала себя хуже. Доставлена в стационар бригадой "скорой помощи".

Из анамнеза vitae: В 5 лет обследована в тубдиспансере по контакту с двоюродным братом, больным туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов. Выявлен вираж туберкулиновой пробы, находилась под наблюдением, но лечения не получала.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Небольшая синюшность губ. Положение лежа в постели с приподнятым головным концом. Зев гиперемирован, задняя стенка глотки зернистая, небные миндалины гипертрофированы до 1 степени, без налетов. Пальпируются единичные б/б шейные и подчелюстные лимфоузлы.

По внутренним органам: в легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД до 36 в минуту. Перкуторный звук легочный. Область сердца не изменена, но сердечный толчок разлитой, ослаблен, смещен вправо. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая на 1,5 см влево от левой среднеключичной линии, верхняя граница - III ребро. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС 108 в минуту. Выслушивается грубый систоло-диастолический

шум, напоминающий хруст снега вдоль левого края грудины в положении сидя. АД 90/60 мм рт.ст., пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, б/б при пальпации. Печень + 1,5 см, несколько болезненная. Диурез достаточный. Стул оформленный.

Общий анализ крови: Эр.= $4,1 \times 10^{12}/л$ , Нв=110 г/л, ц.п.=0,8, лейкоц.= $15,0 \times 10^9/л$ , п=4, с=42, л=56, м=1, СОЭ=32 мм/час.

Биохимия крови: общий белок=7,0 г/л,  $\alpha_1$ =4 %,  $\alpha_2$ =7 %,  $\beta$ =14 %,  $\gamma$ =18 %, СРВ (+++), ДФА=240 ед, АСЛ-0=200.

Ревматоидный фактор отрицательный.

ЭКГ: снижение вольтажа комплекса QRS, синусовая тахикардия, замедление внутрижелудочковой проводимости, нарушение процессов реполяризации. Rg- графия органов грудной клетки: в легких инфильтративных теней нет, петрификат в области левого корня. Тень сердца увеличена в размерах, трапецевидной формы, кардио-вазальные углы сглажены.

1. Сформулируйте топический и этиологический диагноз.
2. Какое обследование следует провести для подтверждения диагноза?
3. Назначить лечение.
4. С чем нужно проводить диф. диагноз?
5. Каковы пути передачи данной инфекции?

## **Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8**

### **1 Ситуационная задача**

Дежурного врача в 17 часов срочно вызвали в детское отделение. Из доклада медсестры стало ясно, что больной мальчик в возрасте 1,5 лет неоднократно ранее лечился в данном стационаре. Страдает заболеванием сердца с рождения. Поступил в стационар сегодня утром в состоянии средней тяжести: вялый, аппетит снижен, выражен акроцианоз. В 16.50 состояние мальчика резко ухудшилось: стал беспокойным, резко усилился цианоз, появилась одышка. Затем ребенок потерял сознание, возникли кратковременные судороги.

При осмотре сознание ребенка спутанное, выражен акроцианоз, одышка по типу диспноэ. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, выслушивается грубый систолический шум над областью сердца с максимумом в III-IV межреберьях слева. Тахикардия: ЧСС 140 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. Из истории болезни выяснено, что аналогичные приступы, сопровождающиеся беспокойством, одышкой и тахикардией, но кратковременные, без потери сознания и судорог были дома. Из анамнеза жизни: ребенок перенес родовую травму, дважды болел ОРВИ. В последнем анализе крови уровень гемоглобина снижен до 108 г/л.

1. Необходимо выставить диагноз назначить неотложную терапию.
2. Чем на ваш взгляд спровоцированы приступы?
3. Какие аномалии строения входят в состав данного ВПС?
4. Можно ли назначить данному пациенту сердечные гликозиды?

### **2 Ситуационная задача**

Лена П. в возрасте 4-х лет в сентябре перенесла ОРВИ, лечилась и наблюдалась педиатром амбулаторно. Помимо катаральных изменений со стороны верхних дыхательных путей у девочки отмечались боли, умеренная отечность и гиперемия мягких тканей в области обоих голеностопных суставов. Изменения со стороны суставов расценены как реактивные на фоне вирусной инфекции, однако, через месяц ребенок вновь стал жаловаться на артралгии, мать заметила, что по утрам «плохо встает на ножки». Появилась припухлость и артралгия правого коленного сустава.

При объективном осмотре педиатром констатирована дефигурация за счет мягких тканей голеностопных и правого коленного суставов, функция их нарушена, при этом, общее состояние девочки страдает мало, поражения внутренних органов не выявлены.

В ОАК: эр.= $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв=112 г/л, ц.п.=0,87, лейкоц. =  $14,2 \times 10^9$ /л, п=3, с=58, м=1, СОЭ=40 мм/час. При рентгенографии голеностопных суставов выявлена мелкокистозная перестройка костной структуры эпифизов, небольшой выпот в полости суставов.

Для обследования с целью диагноза и лечения направлена в детскую клинику.

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Какое обследование следует назначить ребенку?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференцированный диагноз?
4. Какие критерии диагностики ювенильных ревматоидных артритов существуют, есть ли они у данной больной?
5. Принципы терапии.

### 3 Ситуационная задача

Леша С., 9 лет, поступил в отделение с выраженным болевым абдоминальным синдромом, температура тела  $38^{\circ}\text{C}$ . Боли приступообразные, в верхней половине живота, над пупком и в левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Во время приступа мальчик беспокоен, несколько успокаивается лежа на животе или согнувшись на левом боку. Состояние средней тяжести, лицо бледное, осунувшееся: сухие, запекшиеся губы, темные круги под глазами. Положительные симптомы Кертэ, Мейо-Робсона. Выраженная болезненность в точке Кача, треугольнике Шоффара. Амилаза сыворотки крови - 16 мг/сек • литр(220 ед), диастаза мочи 120 ед.

1. Клинический диагноз.
2. Врачебная тактика.
3. Назначить комплексную терапию.

### 4 Ситуационная задача

Ваня Н., 14 лет выписан из детского отделения, где лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, язва луковицы 12-перстной кишки выявлена впервые. Сопутствующая патология: холецистохолангит. Реактивный панкреатит. Хронический гипертрофический гастрит с повышенной кислотообразующей функцией.

В день выписки проводилось ФГДС, заключение: панкреатит (ремиссия). Рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, умеренный дуоденит.

1. Составить план диспансерного наблюдения.
2. Какими методами исследования можно подтвердить данный диагноз?
3. Что встречается чаще в детском возрасте: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки?
4. Какие препараты входят в схему лечения обострения?
5. Какой инфекционный фактор значим в патогенезе данной патологии?

### 5 Ситуационная задача

Коля Б., 10 лет находится на диспансерном учете по поводу хронического гипертрофического гастродуоденита с 8-летнего возраста. Последнее обострение было 6 месяцев назад, по поводу чего лечился в стационаре, где получил лечение: стол № 5, викалин, альмагель, витамины А, Е, озокеритовые аппликации на эпигастрий.

При диспансерном осмотре назначена контрольная эзофагогастродуоденоскопия, которая проведена на следующий день. ФГДС-заключение: обострение гипертрофического гастродуоденита (Де-нол тест положительный).

1. Составить план комплексного лечения в условиях стационара.

2. Какая диета показана?
3. Перечислите основные группы препаратов, используемых для терапии данной патологии у детей.
4. Какая инфекция этиопатогенетически значима при данной патологии?
5. Можно ли использовать де-нол для лечения данного больного?

## 6 Ситуационная задача

Кира В., 11 лет, лечилась в стационаре по поводу кандидозного эзофагита. Выписана с улучшением. Через месяц заболела лакунарной ангиной, по поводу чего получала пенициллин и местное лечение. На контрольной эзофагогастродуоденоскопии: эндоскоп введен в пищевод, слизистая средней и нижней трети с сероватым налетом на фоне гиперемии, отека; при контакте с эндоскопом кровоточит. Заключение: эрозивно-язвенный эзофагит. Взята биопсия, мазок.

1. Определить врачебную тактику.
2. Назначить обследование, комплексную терапию.
3. О каком инфекционном факторе можно думать?
4. Какое звено иммунной системы вероятно нарушено?
5. Какая диета показана?

## 7 Ситуационная задача

На школьную игровую площадку была вызвана бригада «Скорой помощи» к мальчику 10 лет, который внезапно потерял сознание. Находившиеся поблизости дети сообщили, что незадолго перед случившимся Павел пожаловался на голод, головную боль, слабость.

При осмотре - реакция на свет вялая, сухожильные рефлексы нормальные. Отмечается бледность и повышенная влажность кожных покровов, в области наружных поверхностей плеч - следы от инъекций. Язык влажный, тонус глазных яблок нормальный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 23 в мин, ЧСС = 95 уд. в мин.

1. Поставьте диагноз.
2. Окажите необходимую помощь.
3. Назначьте обследование.
4. Где должен лечиться больной?
5. К чему сводится профилактика данного состояния?

## 8 Ситуационная задача

В приемное отделение детской больницы на попутной машине был доставлен мальчик 12-13 лет, который почувствовал себя плохо 2 дня назад в лесу, далеко от города, где находился с папой лесником. Со слов отца: ребенок в течение нескольких последних дней практически ничего не ел, но много пил, жаловался на головную боль, тошноту, дважды у него была рвота. Вчера у Миши появилась вялость и сонливость, отмечались боли в животе. За время транспортировки (11 часов) состояние мальчика постепенно ухудшалось.

На момент осмотра: состояние тяжелое, сознание отсутствует, кожные покровы и язык сухие. Отмечается снижение мышечного тонуса и тонуса глазных яблок. Дыхание типа Куссмауля. АД = 80/50 мм. рт. ст. Пульс = 100 уд. в мин, плохого наполнения. В выдыхаемом воздухе - слабый запах ацетона.

1. Ваш диагноз.
2. Неотложная терапия.
3. Обследование.
4. Данная патология генетически детерминирована?
5. Какая диета показана больному в дальнейшем?

## 9 Ситуационная задача

Ребенок трех лет заболел остро, вернувшись домой из детского комбината. Повысилась температура до  $39^{\circ}\text{C}$ , стал вялым, жаловался на головную боль и плохое самочувствие, 4 раза была рвота, не связанная с приемом пищи, не приносящая облегчения. Вызванный на дом участковый педиатр осмотрел ребенка, поставил диагноз: ОРВИ и назначил этазол.

Состояние ребенка продолжало ухудшаться, температура сохранялась на высоких цифрах  $-38-39^{\circ}\text{C}$ , очень вялый, отказывался от еды, появилась сыпь. По вызову «Скорой помощи» доставлен в больницу.

В приемном покое: состояние тяжелое, температура тела  $39,5^{\circ}\text{C}$ , вялый, заторможенный, была дважды рвота. На неизменном фоне кожи туловища и нижних конечностей пятнистая и геморрагическая сыпь неправильной формы, различной величины. Зев умеренно гиперемирован, зернистый. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца громкие, тахикардия, ЧСС 140 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень  $+0,5$  см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. АД=60/40 мм рт.ст. Мочеиспускание, со слов мамы, мочиться стал реже. Положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Стул оформленный.

В анализе периферической крови: эр=3,2х10<sup>9</sup>/л, Нв=108, ц.п.=0,86, л=13х10<sup>9</sup>/л, п/я=10, с/я=50, лимф. = 15, эоз=8, мон.=4, СОЭ=30 м/час.

В анализе мочи: реакция кислая, цвет мутный, белок - 0,06, уд.вес=1024, лейкоц.=5 в п/зр., эпителий=2-3 в п/зр., эр=0, слизь= ++, бакт.=0.

Ликвор: мутный, вытекает под давлением, высокий цитоз 450 в 1 мл с преобладанием нейтрофилов, «+» реакция Панди, повышение белка.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы подтверждают диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и этиологии заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

## 10 Ситуационная задача

Алина С., 5 мес. заболела остро с повышения температуры до  $40^{\circ}\text{C}$ , отмечались беспокойство, появилась рвота до 2 раз в сутки, пронзительный крик, ребенок стал запрокидывать голову. Машиной «скорой помощи» доставлен в стационар.

Поступает в тяжелом состоянии. В сознании. Ребенок вялый, температура  $38,5^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, «мраморные», теплые на ощупь. На коже голеностопных суставов ног, ягодицах, туловища имеются элементы геморрагической «звездчатой» сыпи с участками некроза. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД=54 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС=100 в мин. АД=86/15. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Ребенок мочится редко.

1. Ваш предполагаемый диагноз. На основании каких данных Вы его поставили?
2. Тактика врача на догоспитальном этапе.
3. Ваш план обследования.
4. План лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия.