Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.08.2026 11:36:57
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Факультетская педиатрия

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА

по специальности 31.05.02 Педиатрия
направленность (профиль): Педиатрия

Квалификация выпускника
Врач-педиатр

Форма обучения
очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой
Пизнюр Инна Владимировна	к.м.н.	Ассистент кафедры

Рецензент (ы):

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Должность
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Лебедева Инна Николаевна	к.м.н., доцент	Главный врач ГБУ РО ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой, главный внештатный специалист педиатр Министерства здравоохранения Рязанской области

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
(протокол от 16.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)

1. Паспорт комплекта оценочных материалов

1.1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины (модуля): факультетская педиатрия.

1.2. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по типам и компетенциям

Код и наименование компетенции	**Количество заданий закрытого типа**	**Количество заданий открытого типа**
ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза		

<table>
<tr><th>Код и наименование компетенции</th><th>№ п/п</th><th>Формулировка заданий (по типам с инструкциями)</th></tr>
<tr><td rowspan="3">ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</td><td></td><td>Задания закрытого типа</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Прочитайте текст и установите последовательность.
Определите последовательность проведения обследования у детей с дисфункцией билиарного тракта
Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:
<table>
<tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr>
<tr><td>УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы</td><td>Клинический анализ крови</td><td>Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с микроскопическим и биохимическим исследованием желчи</td><td>Биохимический анализ крови</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.
Текст задания: наиболее часто определяемые «пузырные симптомы» при
патологии гепатобилиарной зоны
К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:
<table>
<tr><td></td><td>Объект</td><td></td><td>Характеристика</td></tr>
<tr><td>А</td><td>Симптом Кера</td><td>1</td><td>Доктор несколько раз легко ударяет ребром ладони по точке проекции желчного пузыря, в результате пациент чувствует болезненность. Затем врач повторяет свои действия с левой стороны, но боль не ощущается. Симптом характерен для хронического холецистита</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

		Б	Симптом Ортнера – Грекова	2	Человек лежит на спине. Врач просит его сделать глубокий вдох и надавливает пальцем на зону проекции желчного пузыря
		В	Симптом Мюсси – Георгиевского	3	Пациент сидит. Доктор стоит за его спиной, надавливает на точку проекции желчного резервуара и просит сделать вдох «животом»
		Г	Симптом Образцова – Мерфи	4	Доктор с двух сторон одновременно надавливает кончи- ками пальцев на промежутки между ножками кивательных мышц над медиальными концами ключиц. Пациент ощущает боль только справа, она иррадиирует вниз

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

	3.	Прочитайте текст и установите соответствие. Текст задания: Диагностическая ценность состава желчи К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:			
			Объект		Характеристика
		А	Повышение уровня холестерина и билирубина желчи	1	Является показателем воспалительного процесса в билиарной системе
		Б	Повышение уровня холестерина на фоне снижения количества желчных кислот	2	Выявляется при нарушении кон- центрационной способности

			желчного пузыря
В	Снижение липопротеидного комплекса желчи	3	Появляется при развитии холестаза
Г	Высокий уровень общего белка и СРБ в желчи	4	Проявляется при нарушении коллоидной устойчивости желчи

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

4.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Лечение больных с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Нейротропные препараты	1	Миотропные спазмолитики - Но-шпа, Галидор и др.; М-холинолитики - атропина сульфат
Б	Желчегонные препараты	2	Креон, пангол
В	Панкреатические препараты	3	Холеретики: Аллохол, Лиобил, Гепабене, Оде-стон, Дюспаталин, Галстена, Гепатофальк планта, Урсосан, Олиметин, Фламин, Холагол, Холосас, Холафлукс, Холензим и др.
Г	Спазмолитические препараты	4	Преимущественно седативного действия: беллатаминал, малые транквилизаторы, Фенибут и др.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

5.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Морфологические изменения при ГЭРБ

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	0 степень	1	умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода.
Б	I степень	2	тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой.
В	II степень	3	распространение воспаления на грудной отдел пищевода. Множественные (иногда сливающиеся) эрозии, расположенные не циркулярно. Возможна повышенная контактная ранимость слизистой.
Г	III степень	4	отсутствие визуальных признаков воспаления слизистой оболочки

				пищевода.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

6.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Моторные нарушения при ГЭРБ

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	А	1	Выраженное спонтанное или провоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией
Б	В	2	Умеренно выраженные моторные нарушения в области НПС (подъем Z-линии до 1 см), кратковременное провоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1-2 см., снижение тонуса НПС.
В	С	3	Отчетливые эндоскопические признаки недостаточности кардии, тотальное или субтотальное провоцированное пролабирование на высоту более 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

7.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Дифференциальная диагностика ГЭРБ по характеру рвоты

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь	1	«Непереваренная» пища.
Б	Ахалазия пищевода	2	Неизмененная пища.
В	Надпочечниковая недостаточность; адреногенитальный синдром (сольтеряющая форма)	3	«Творожистая» пища.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

8.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Дифференциальная диагностика ГЭРБ по ФЭГС

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь	1	Утолщение просвета пищевода на всем протяжении, местами с участками эрозии, покрытые фибрином, нарушение проходимости на уровне кардиального отдела, стенка утолщена, просвет при инсуфляции не раскрывается.

		Б	Ахалазия пищевода	2	Просвет пищевода расширен на уровне нижней-средней трети пищевода, стенка отечна, шероховата с участками эрозии, контактно кровоточит. Кардиальная розетка зияет.
		В	Надпочечниковая недостаточность; адреногенитальный синдром (сольтеряющая форма)	3	Просвет пищевода не изменен, кардия смыкается.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

9.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Согласно Римским Критериям III, при диагностике и разделении синдрома раздраженного кишечника (СРК) необходимо ориентироваться по преобладающей форме стула:

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	СРК с преобладанием запора	1	недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для перечисленных вариантов.
Б	СРК с преобладанием диареи	2	твердый или комковатый стул —> 25% дефекаций и жидкий или водянистый стул —> 25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.
В	Смешанный СРК	3	жидкий или водянистый стул (тип 6-7) — >25% дефекаций и твердый или комковатый стул

				(тип 1-2) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.
		Г	Неклассифицируемый СРК	4	твердый или комковатый стул (тип 1-2) — >25% дефекаций и жидкий или водянистый стул (тип 6-7) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

10.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Лечение синдрома раздраженного кишечника.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	С целью регуляции моторно-эвакуаторной функции:	1	Лактулоза
Б	При склонности к запорам	2	Тримебутин
В	С целью купирования болевого синдрома и чувства дискомфорта (в качестве	3	Дротаверин гидрохлорид
Г	Для купирования метеоризма	4	Симетикон

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

11.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Степени острой дыхательной недостаточности

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого

столбца:

	Объект		Характеристика
А	I	1	Гипоксемическая кома. Сознание отсутствует, дыхание аритмичное.
Б	II	2	Выражены одышка, тахипноэ в покое. Поверхностное дыхание. Разлитой цианоз кожи, слизистых оболочек (следует помнить, что цианоз не всегда отражает степень дыхательной недостаточности у ребенка). Участие в акте дыханиявспомогательной мускулатуры. Ребенок вялый, адинамичный или, наоборот, очень беспокойный. Есть вероятность развития гипоксической энцефалопатии (нарушения сознания, судорог)
В	III	3	Одышка, тахикардия при незначительной физической нагрузке. Небольшой цианоз губ, периоральной области, акроцианоз. Раздувание крыльев носа, втяжение межреберий и/или подреберий
Г	IV	4	Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

12.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Дифференциальный диагноз болевого синдрома.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Хронический холецистит	1	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока, овощей фруктов, неустойчивый стул отхождение газов
Б	Хронический панкреатит	2	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.
В	Хронический энтероколит	3	Боли в правом подреберье, болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря, субфебрилитет или периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, интоксикация
Г	Язвенная болезнь	4	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

13. Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Дифференциальный диагноз лабораторных показателей.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Хронический холецистит	1	В копрограмме – амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки дисбактериоза.
Б	Хронический панкреатит	2	При эндоскопии – глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемированным валом, могут быть множественные язвы.
В	Хронический энтероколит	3	В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. При УЗИ - утолщение стенки желчного пузыря, хлопья слизи в нем, застой желчи, периваскулярная реакция.
Г	Язвенная болезнь	4	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ – увеличение размеров железы и изменение ее эхологической плотности

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

14.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Лечение хронического гастрита.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого

столбца:

	Объект		Характеристика
А	Ингибиторы протонной помпы	1	ранитидин, фамотидин
Б	Прокинетики	2	омепразол, лансопразол, эзомепразол
В	Панкреатические ферменты	3	домперидон
Г	Блокаторы H_2рецепторов гистамина	4	креон

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

15. Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	1 стадия	1	клинико-эндоскопическая ремиссия
Б	2 стадия	2	начало эпителизации язвенного дефекта
В	3 стадия	3	заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените
Г	4 стадия	4	свежая язва

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**	**Г**

16.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Фазы атопического дерматита:

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Острая фаза	1	утолщенные бляшки, лихенификация, фиброзные папулы
Б	Подострая фаза	2	кожная эритема, экскориации, шелушение, в том числе - на фоне уплотнения (лихенификации) кожи.
В	Хроническая фаза	3	зуд, эритематозные папулы и везикулы, на фоне кожной эритемы, часто сопровождающиеся значительными экскориациями и эрозиями, выделением серозного экссудата.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

17.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: для цистита у детей

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Повышение температуры более 38^0С	1	Не характерно
Б	Дизурия	2	Сохранена
В	Концентрационная функция почек	3	Характерно
Г	Увеличение размеров почек (УЗИ)	4	Нет

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

18.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: для пиеловефрита у детей

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	Повышение температуры более 38^0С	1	Не характерно
Б	Дизурия	2	Снижена
В	Концентрационная функция почек	3	Может быть
Г	Увеличение размеров почек (УЗИ)	4	Характерно

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

19.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Рекомендации по дозам холекальциферола для лечения гиповитаминоза Д

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Объект		Характеристика
А	20-30 нг/мл	1	3000МЕ/сут-1 мес.
Б	10-20 нг/мл	2	4000Ме/сут-1 мес.
В	Менее 10 нг/мл	3	2000МЕ/сут-1 мес.

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В

20.

Прочитайте текст и установите соответствие.

Текст задания: Доза витамина Д

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого

столбца:

	Объект		Характеристика
А	I степень	1	3000МЕ/сут-45 дней
Б	II степень	2	2500МЕ/сут-45 дней
В	III степень	3	2000Ме/сут-30 дней

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	**Б**	**В**

Задания закрытого типа (дополнительные)

1. Деформация костей грудной клетки, черепа, мышечная гипотония, содержание кальция в крови 2,1 ммоль/л, фосфора в крови 1,7 ммоль/л характерны для рахита:
а) разгара болезни
б) начального периода
в) периода реконвалесценции
г) периода остаточных явлений
д) рецидива

2. Укажите вещества, из перечисленных, которые влияют на фосфорно-кальциевый обмен в организме:
а) кальцитриол
б) соматотропный гормон
в) кальцитонин
г) паратиреоидный гормон
д) холестерин

3. Как назначают витамин Д с профилактической целью детям 1 – 3 лет ежедневно:
а) 1500Ме/сут
б) 2000Ме/сут
в) 1000Ме/сут

4. Острое течение гипервитаминоза D продолжается:

		а) до 3-х месяцев б**) до 6-и месяцев** в) до 9 месяцев г) до 12 месяцев
	5.	К легочным осложнениям пневмонии относится_____легкого **а) абсцесс** б) киста в) гипоплазия г) опухоль
	6.	Показанием для госпитализации ребёнка с острой пневмонией является **а) наличие осложнений пневмонии** б) возраст 3 года в) протекание заболевания у 5-тилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза г) состояние средней тяжести на 2-ой день болезни
	7.	Показанием для госпитализации ребёнка с острой пневмонией является **а) наличие осложнений пневмонии** б) возраст 3 года в) протекание заболевания у 5-тилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза г) состояние средней тяжести на 2-ой день болезни
	8.	Небулайзерная ингаляционная терапия амброксолом детям дошкольного возраста разрешена по _____ в день **а) 2 мл препарата 2 раза** б) 3 мл препарата 3 раза в) 1 мл препарата 2 раза г) 5 мл препарата 2 раза
	9.	Аллергические реакции замедленного типа развиваются **а) через 48-72 часа после контакта с аллергеном** б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном в) через 6-8 часов после воздействия аллергена г) в течение первого месяца после воздействия аллергена

	10.	Оценку тяжести клинических проявлений атопического дерматита проводят по **а) шкале SCORAD** б) шкале GINA в) опроснику ISAAC г) шкале ROSS
	11.	К антигистаминным препаратам 2 поколения относится **а) лоратадин** б) диметинден в) хифенадин г) мебгибролин
	12.	В биоптате слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии обнаруживается: **А) атрофия слизистой оболочки** Б) лимфоангиэктазии В) гиперплазия слизистой оболочки Г) язвы Д) эрозии
	13.	Стеаторея за счет жирных кислот характерна для одного из следующих заболеваний: а) неспецифического язвенного колита б) дизентерии **в) целиакии** г) муковисцидоза д) врожденной короткой кишки
	14.	Helicobacter pylori относится к **а) грамотрицательным бактериям** б) вирусам в) грамположительным бактериям г) простейшим
	15.	К группе блокаторов «протонной помпы» относится **а) омепразол (лосек)** б) пирензипин (гастроцепин) в) ранитидин г) фамотидин

	16.	Наиболее информативным методом диагностики обострения хронического панкреатита является **а) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови** б) ультразвуковое исследование поджелудочной железы в) копрологический г) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта
	17.	Для заболевания желчного пузыря характерным является симптом **а) Мерфи** б) Пастернацкого в) Щеткина-Блюмберга г) Мейо-Робсона
	18.	Усиливают сокращение желчного пузыря **а) холецистокинин и гастрин** б) глюкагон и кальцитонин в) тироксин и трийодтиронин г) гормоны гипофиза
	19.	Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом включает **а) общий анализ крови, биохимический анализ крови, узи органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий** б) биохимическое исследование мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ кала на цисты лямблий в) биохимический анализ крови, узи органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий г) биохимическое исследование мочи, соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий, узи органов брюшной полости
	20.	При атрезии желчевыводящих путей возрастают показатели **а) связанного билирубина** б) гематокрита в) креатинина г) глюкозы крови
		Задания открытого типа
	1.	Рахит у детей: определение, этиология.

	2.	Рахит у детей: клинические проявления.
	3.	Анемии у детей: определение, классификации, критерии диагностики, виды анемий.
	4.	Железодефицитная анемия у детей: причины, группы риска, клиника.
	5.	Клинические проявления ЖДА: анемический синдром; сидеропенический синдром, лабораторная диагностика ЖДА.
	6.	Целиакия у детей. Определение.
	7.	Тетрада Фалло. Анатомические особенности.
	8.	Артериальная гипертензия у детей. Определение.
	9.	Высокое нормальное артериальное давление. Определение.
	10.	Миокардит у детей. Определение.
	11.	Функциональные расстройства билиарного тракта. Определение.
	12.	Классификация инфекций мочевыводящих путей.
	13.	Язвенная болезнь. Определение.
	14.	Язвенная болезнь. Этиология.
	15.	Классификация холецистита.
	16.	Холангиохолецистография. Для чего используется.
	17.	Узи признаки холецистита.
	18.	Хронический панкреатит. Определение.
	19.	Хронический панкреатит. Классификация.
	20.	Хронический гастрит. Определение.
	21.	Роль фосфора и кальция в организме ребенка. Особенности их обмена, регуляция.
	22.	Суточная потребность детей раннего возраста в кальции, фосфоре, витамине D. Факторы, предрасполагающие к рахиту.
	23.	Рахит. Определение. Классификация. Клиника в зависимости от степени тяжести и

		периода заболевания. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
	24.	Гипервитаминоз D. Определение. Причины. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика. Прогноз.
	25.	Гипервитаминоз D. Лечение. Профилактика. Прогноз.
	26.	Атопический дерматит у детей грудного и раннего возраста. Определение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Современные подходы к терапии.
	27.	Атопический дерматит у детей грудного и раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Современные подходы к терапии.
	28.	Спазмофилия. Определение. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.
	29.	Спазмофилия. Диагностика.
	30.	Спазмофилия. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
	31.	Рахит. Принципы и методы лечения. Препараты витамина D, дозы профилактические и лечебные.
	32.	Рахитоподобные заболевания. Определение. Классификация. Дифференциальная диагностика.
	33.	Атопический дерматит. Этиология.
	34.	Атопический дерматит. Патогенез. Классификация. Оценка степени тяжести (SCORAD). Критерии постановки диагноза. Особенности питания при атопическом дерматите.
	35.	Атопический дерматит. Оценка степени тяжести (SCORAD). Критерии постановки диагноза. Особенности питания при атопическом дерматите.
	36.	Атопический дерматит. Особенности питания при атопическом дерматите
	37.	Пищевая аллергия. Аллергия к белку коровьего молока. Определение. Клинические проявления. Диагностика. Особенности питания ребенка с аллергией к БКМ в зависимости от вида вскармливания.
	38.	Понятие функциональный запор. Причины, диагностические критерии запоров у детей.
	39.	Понятие функциональный запор. Принципы лечения. Диетическая коррекция функциональных запоров. Туалетный тренинг.
	40.	Белково-энергетическая недостаточность у детей грудного возраста. Определение. Причины.
	41.	Белково-энергетическая недостаточность у детей грудного возраста. Определение. Клиническая картина БЭН в зависимости от степени тяжести.

	42.	Белково-энергетическая недостаточность у детей грудного возраста. Принципы диетотерапии и расчета объема и калорийности питания у детей разного возраста в зависимости от степени тяжести БЭН. Прогноз заболевания для ребенка.
	43.	Бронхиальная астма у детей. Этиология.
	44.	Бронхиальная астма у детей. Патогенез.
	45.	Бронхиальная астма у детей. Классификация и фенотипы.
	46.	Бронхиальная астма у детей. Основные респираторные аллергены.
	47.	Понятие младенческие колики. Причины возникновения младенческих колик.
	48.	Понятие младенческие колики. Причины возникновения младенческих колик. Клиника и дифдиагностика колик у детей. Лечение колик у детей.
	49.	Понятие младенческие колики. Лечение колик у детей.
	50.	Синдром мальабсорбции. Дисахаридазная недостаточность. Клиника, диагностика, подходы к терапии.
	51.	Синдром мальабсорбции. Лактазная недостаточность. Клиника, диагностика, подходы к терапии.
	52.	Бронхиальная астма у детей: клиника и триггеры приступного периода. Алгоритм оказания экстренной помощи при приступе бронхиальной астмы.
	53.	Ювенильный ревматоидный артрит, серопозитивный. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.

	54.	Ювенильный ревматоидный артрит, серопозитивный. Этиология, патогенез.
	55.	Целиакия. Этиология. Организация питания.
	56.	Целиакия. Диагностика. Организация питания. Диспансерное наблюдение.

	57.	Целиакия. Диагностика. Организация питания. Диспансерное наблюдение.
	58.	Пневмонии у детей: определение, этиология.
	59.	Пневмонии у детей: патогенез.
	60.	Пневмонии у детей. Пути инфицирования нижних дыхательных путей.
	61.	Пневмонии у детей, классификация. Принципы терапии внебольничной пневмонии у детей. Алгоритм выбора стартового антибиотика.
	62.	Пневмонии у детей. Алгоритм выбора стартового антибиотика.
	63.	Пневмонии у детей. «Золотой стандарт» диагностики пневмонии.
	64.	Железодефицитная анемия у детей грудного и раннего возраста. Определение. Этиология. Эпидемиология. Классификация по степени тяжести.
	65.	Железодефицитная анемия у детей грудного и раннего возраста. Классификация по степени тяжести.
	66.	Бронхиальная астма у детей. Базисная терапия бронхиальной астмы: характеристика лекарственных препаратов, показания к назначению в зависимости от ступени астмы.
	67.	Железодефицитная анемия у детей грудного возраста. Патогенез. Клиническая картина. Препараты железа.
	68.	Железодефицитная анемия у детей грудного возраста. Клиническая картина.
	69.	Железодефицитная анемия у детей грудного возраста. Препараты железа.
	70.	Реактивные (урогенные) артриты у детей. Этиология, патогенез.
	71.	Реактивные (урогенные) артриты у детей. Клиника, диагностика.
	72.	Реактивные (урогенные) артриты у детей. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
	73.	Ювенильный артрит с системным началом. Этиология.
	74.	Ювенильный артрит с системным началом. Патогенез.
	75.	Ювенильный артрит с системным началом. Клиника.
	76.	Ювенильный артрит с системным началом. Диагностика.
	77.	Ювенильный артрит с системным началом. Принципы терапии
	78.	Ювенильный артрит с системным началом. Прогноз, диспансерзация.

	79.	Системная красная волчанка. Этиология.
	80.	Системная красная волчанка. Патогенез.
	81.	Системная красная волчанка. Клинические признаки поражения различных органов и систем.
	82.	Системная красная волчанка. Диагностика.
	83.	Системная красная волчанка. Принципы терапии.
	84.	Системная красная волчанка. Диспансеризация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
	85.	Ювенильная склеродермия. Этиология.
	86.	Ювенильная склеродермия. Патогенез.
	87.	Ювенильная склеродермия. Клиника.
	88.	Ювенильная склеродермия. Диагностика.
	89.	Ювенильная склеродермия. Принципы терапии.
	90.	Ювенильная склеродермия. Диспансеризация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
	91.	Ювенильный дерматомиозит. Этиология.
	92.	Ювенильный дерматомиозит. Патогенез.
	93.	Ювенильный дерматомиозит. Клиника.
	94.	Ювенильный дерматомиозит. Диагностика.
	95.	Ювенильный дерматомиозит. Принципы терапии.
	96.	Ювенильный дерматомиозит. Диспансеризация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
	97.	Неспецифический аортоартериит. Этиология.
	98.	Неспецифический аортоартериит. Патогенез.
	99.	Неспецифический аортоартериит. Клиника.
	100.	Неспецифический аортоартериит. Диагностика.
	101.	Неспецифический аортоартериит. Принципы терапии.

	102.	Неспецифический аортоартериит. Диспансеризация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
	103.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Этиология.
	104.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Патогенез.
	105.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Клиника.
	106.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Диагностика.
	107.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Принципы терапии.
	108.	Узелковый полиартериит и родственные состояния. Диспансеризация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
	109.	Синдром раздражённого кишечника. Этиология.
	110.	Синдром раздражённого кишечника. Патогенез.
	111.	Синдром раздражённого кишечника. Диагностические критерии.
	112.	Синдром раздражённого кишечника, дифдиагностика, принципы лечения, прогноз.
	113.	Хронические заболевания кишечника. Болезнь Крона. Этиология.
	114.	Хронические заболевания кишечника. Болезнь Крона. Патогенез.
	115.	Хронические заболевания кишечника. Болезнь Крона. Диагностические критерии.
	116.	Хронические заболевания кишечника. Болезнь Крона. Дифдиагностика, принципы лечения, прогноз.
	117.	Дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы. Этиология, патогенез.
	118.	Дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы. Клиника, диагностика.
	119.	Дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы. Лечение.
	120.	Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез.
	121.	Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
	122.	Желчнокаменная болезнь. Диагностика, лечение.
	123.	Пороки развития поджелудочной железы. Классификация

	124.	Пороки развития поджелудочной железы. Патогенез.
	125.	Пороки развития поджелудочной железы. Клиника.
	126.	Пороки развития поджелудочной железы. Диагностика.
	127.	Пороки развития поджелудочной железы. Лечение.
	128.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Клинические проявления. Основные диагностические критерии.
	129.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Основные диагностические критерии.
	130.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Показания к хирургической коррекции.
	131.	Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез и патоморфология.
	132.	Острая ревматическая лихорадка. Классификация.
	133.	Острая ревматическая лихорадка. Принципы терапии при ревматизме.
	134.	Острая ревматическая лихорадка. Приобретенные пороки сердца.
	135.	Острая ревматическая лихорадка. Семиотика поражений разных органов и систем.
	136.	Острая ревматическая лихорадка. Критерии Киселя-Джонса. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
	137.	Острая ревматическая лихорадка. Первичная профилактика. Вторичная профилактика.
	138.	Системная красная волчанка. Клинические признаки поражения различных органов и систем.
	139.	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Основные клинические проявления приобретенных пороков сердца (аортальный стеноз).
	140.	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Основные клинические проявления приобретенных пороков сердца (аортальная недостаточность).
	141.	Инфекции мочевых путей. Понятие. Этиология. Предрасполагающие факторы.

	142.	Инфекции мочевых путей. Классификация.
	143.	Инфекции мочевых путей. Диагностика.
	144.	Инфекции мочевых путей. Принципы терапии острого и хронического цистита.
	145.	Ювенильный артрит. Понятие. Эпидемиология. Классификаця.
	146.	Ювенильный артрит. Этиология и патогенез. Патоморфология.
	147.	Ювенильный полиартрит, серопозитивный. Клиническая характеристика.
	148.	Ювенильный полиартрит, серонегативный. Клиническая характеристика.
	149.	Врожденные пороки сердца, связанные с сохранением внутриутробных коммуникаций и их основные диагностические критерии.
	150.	Врожденные пороки сердца, связанные с сохранением внутриутробных коммуникаций. Осложнения. Прогноз.
	151.	Врожденные пороки сердца. Коарктация аорты. Клиническая картина в зависимости от клинического варианта.
	152.	Врожденные пороки сердца. Основные диагностические критерии. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
	153.	Врожденные пороки сердца. Тетрада Фалло. Клинические проявления.
	154.	Врожденные пороки сердца. Основные диагностические критерии. Лечение. Осложнения. Прогноз.
	155.	Врожденные пороки сердца. Лечение. Осложнения. Прогноз.
	156.	Врожденные пороки сердца. Открытый артериальный проток. Клинические проявления.
	157.	Врожденные пороки сердца. Открытый артериальный проток. Основные диагностические критерии.
	158.	Врожденные пороки сердца. Открытый артериальный проток. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.
	159.	Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Клиническая картина.
	160.	Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Основные диагностические критерии. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.
	161.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Клинические проявления.
	162.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Основные диагностические критерии.
	163.	Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.

	164.	Врожденные пороки сердца. Изолированный стеноз легочной артерии. Классификация.
	165.	Врожденные пороки сердца. Изолированный стеноз легочной артерии. Клиническая картина.
	166.	Врожденные пороки сердца. Тетрада Фалло. Определение. Одышечно-цианотические приступы. Неотложная помощь.
	167.	Врожденные пороки сердца. Транспозиция магистральных артерий. Клиническая картина.
	168.	Врожденные пороки сердца. Транспозиция магистральных артерий. Основные диагностические критерии.
	169.	Врожденные пороки сердца. Транспозиция магистральных артерий. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
	170.	Нарушения сердечного ритма. Экстрасистолии. Диагностические критерии.
	171.	Нарушения сердечного ритма. Экстрасистолии. Дифференциальная диагностика.
	172.	Нарушения сердечного ритма. Экстрасистолии. Принципы лечения, прогноз.
	173.	Нарушения сердечного ритма. Тахиаритмии. Диагностические критерии.
	174.	Нарушения сердечного ритма. Тахиаритмии. Дифференциальная диагностика.
	175.	Нарушения сердечного ритма. Тахиаритмии. Принципы лечения.
	176.	Нарушения сердечного ритма. Тахиаритмии.Прогноз.
	177.	Нарушения сердечного ритма. Брадиаритмии, блокады.
	178.	Нарушения сердечного ритма. Брадиаритмии, блокады. Диагностические критерии.
	179.	Нарушения сердечного ритма. Брадиаритмии, блокады. Дифференциальная диагностика.
	180.	Нарушения сердечного ритма. Брадиаритмии, блокады. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
	181.	Миокардиты у детей.
	182.	Миокардиты у детей. Причины.
	183.	Миокардиты у детей. Этиология
	184.	Миокардиты у детей. Клиника.
	185.	Миокардиты у детей. Диагностика.
	186.	Миокардиты у детей. Принципы терапии.

	187.	Бактериальный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
	188.	Бактериальный эндокардит. Этиология. Патогенез.
	189.	Бактериальный эндокардит. Клиника.
	190.	Бактериальный эндокардит. Диагностика.
	191.	Бактериальный эндокардит. Лечение.
	192.	Перикардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
	193.	Перикардит. Патогенез.
	194.	Перикардит. Клиника.
	195.	Перикардит. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
	196.	Перикардит. Лечение.
	197.	Хронический гастродуоденит у детей. Определение. Эпидемиология.
	198.	Хронический гастродуоденит у детей. Этиология. Патогенез
	199.	Хронический гастродуоденит у детей. Классификация
	200.	Хронический гастродуоденит у детей. Клиника.
	201.	Хронический гастродуоденит у детей. Инструментально-лабораторная диагностика.
	202.	Хронический гастродуоденит у детей. Дифференциальный диагноз.
	203.	Хронический гастродуоденит у детей. Лечение. Принципы диетотерапии. Диспансерное наблюдение.
	204.	Артериальная гипертензия. Определение. Первичная артериальная гипертензия.
	205.	Артериальная гипертензия. Определение. Гипертоническая болезнь.
	206.	Артериальная гипертензия. Определение. Первичная артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. Клиника.
	207.	Артериальная гипертензия. Определение. Первичная артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. Диагностика.
	208.	Артериальная гипертензия. Определение. Первичная артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
	209.	Артериальная гипертензия. Определение. Вторичная артериальная гипертензия.
	210.	Хронический гломерулонефрит у детей, изолированный мочевой синдром. Клиника. Диагностика.

	211.	Хронический гломерулонефрит у детей, изолированный мочевой синдром. Определение.
	212.	Хронический гломерулонефрит у детей, изолированный мочевой синдром. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
	213.	Кардиомиопатии.
	214.	Кардиомиопатии. Классификация.
	215.	Кардиомиопатии. Этиология.
	216.	Кардиомиопатии. Клиника.
	217.	Кардиомиопатии. Диагностика.
	218.	Кардиомиопатии. Лечение.
	219.	Артериальная гипертензия. Определение. Гипертонический криз. Синкопальные состояния у детей. Неотложная помощь.
	220.	Хронический пиелонефрит у детей. Определение.
	221.	Хронический пиелонефрит у детей. Лечение в зависимости от активности процесса и стадии заболевания.
	222.	Хронический пиелонефрит у детей. Профилактика.
	223.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Определение. Эпидемиология.
	224.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Этиология.
	225.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Патогенез.
	226.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Классификация.
	227.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Клиника.
	228.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Дифференциальная диагностика.
	229.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Лечение.
	230.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Осложнения. Прогноз.
	231.	Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Определение. Особенности течения и лечения. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
	232.	Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Лечение.
	233.	Острый гломерулонефрит с синдром гематурии.
	234.	Острый гломерулонефрит изолированный мочевой синдром.

	235.	Хронический панкреатит у детей. Определение.
	236.	Хронический панкреатит у детей. Этиология, патогенез.
	237.	Хронический панкреатит у детей. Клиника, диагностика.
	238.	Хронический панкреатит у детей. Лечение.
	239.	Болезнь Берже. Определение.
	240.	Болезнь Берже. Диагностические критерии.
	241.	Болезнь Берже. Определение. Дифдиагностика.
	242.	Болезнь Берже. Лечение.
	243.	Болезнь Берже. Прогноз.
	244.	Хронические гломерулонефриты у детей. Определение.
	245.	Хронические гломерулонефриты у детей. Клиническая и морфологическая классификации.
	246.	Хронические гломерулонефриты у детей. Патогенез.
	247.	Хронические гломерулонефриты у детей. Критерии, характеризующие хронизацию процесса.
	248.	Хронические гломерулонефриты у детей. Морфологические варианты.

	249.	Хроническийгломерулонефрит, нефротическая форма у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
	250.	Вторичные нефриты. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.

	251.	Вторичные нефриты. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
	252.	Заболевания пищевода. Пороки развития пищевода.
	253.	Заболевания пищевода. Пороки развития пищевода. Ахалазия пищевода. Дискинезии пищевода. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
	254.	Заболевания пищевода. Ахалазия пищевода.
	255.	Заболевания пищевода. Дискинезии пищевода. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
	256.	Гастро-эзофагеальнаярефлюксная болезнь. Этиология, патогенез.
	257.	Гастро-эзофагеальнаярефлюксная болезнь. Клиника.
	258.	Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностические критерии. Принципы терапии.
	259.	Гастро-эзофагеальнаярефлюксная болезнь. Принципы терапии.
	260.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Определение.
	261.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Эпидемиология.
	262.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Этиология.
	263.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Классификация.
	264.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Клиника.
	265.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Диагностические критерии.
	266.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Принципы терапии.
	267.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Дифференциальный диагноз.
	268.	Холециститы у детей. Определение.
	269.	Холециститы у детей. Этиология и патогенез.
	270.	Холециститы у детей. Клиническая картина.
	271.	Холециститы у детей. Диагностика.
	272.	Холециститы у детей. Дифференциальный диагноз.
	273.	Холециститы у детей. Лечение.
	274.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.

	275.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Этиология.
	276.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, патогенез.
	277.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, классификация.
	278.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Принципы дифдиагностики и лечения.
	279.	Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, клинические особенности у детей
	280.	Артрит, ассоциированный с энтезитом. Определение.
	281.	Артрит, ассоциированный с энтезитом. Клиническая характеристика.
	282.	Артрит, ассоциированный с энтезитом. Диагностика.
	283.	Артрит, ассоциированный с энтезитом. Принцины терапии. Прогноз, диспансерзация.
	284.	Острый пиелонефрит у детей. Определение.
	285.	Острый пиелонефрит у детей. Этиология. Патогенез
	286.	Острый пиелонефрит у детей. Клиника.
	287.	Острый пиелонефрит у детей. Лабораторно-инструментальная диагностика.
	288.	Острый пиелонефрит у детей. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия.
		Задания открытого типа (дополнительные)
	1.	Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована. НР положительная. Был поставлен диагноз хронический гастродуоденит, поверхностный, распространенный, стадия обострения. Какую терапию необходимо назначить?
	2.	Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне Методы диагностики заболевания.

	3.	На приеме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит. Тест на антитела к Helicobacterpylori ИФА-методом – отрицательный. Выставлен диагноз «гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(B) степени)». Вопросы: 1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
	4.	На приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, ребенок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды), диспепсический синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким), астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, головную боль). Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован. Наследственный анамнез: у отца и матери – язвенная болезнь желудка. В питании употребляет газированные напитки. Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен желто-зеленым налетом у корня. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 22 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+). Печень по краю реберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Лабораторные и инструментальные методы исследования: ФГС (в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела). Сформулируйте клинический диагноз.
	5.	На приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжиженный, обильный. У матери 34 лет – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет. Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., дыхание – хрипов нет. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Де-Жардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%, глобулины: альфа1 – 5%, альфа2 – 14%, бета – 13%, гамма – 16%; ЩФ – 14,5 Ед/л, амилаза – 120 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед., общий билирубин – 12 мкмоль/л, из них связанный – 3 мкмоль/л., СРБ (+). Диастаза мочи: 128 ед. (норма 32–64). УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (норма 16), тело – 18 мм (норма 14), хвост – 26 мм (норма 18), гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы. Сформулируйте клинический диагноз.
	6.	На амбулаторном приѐме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учѐт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребѐнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребѐнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном

		вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребѐнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные,чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает,края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие,ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезѐнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется.Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребѐнок пришел в сознание и уснул. В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - 7,1×109/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час.общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь – немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180. Сформулируйте клинический диагноз.
	7.	На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральн области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после е усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась. Из анамнеза жизн учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенн болезнь желудка. Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чиста влажная. Язык обложен грязно-белымналетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхан везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностн пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилородуоденальной области. Зде же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные. О каком заболевании можно думать?
	8.	Девочка 13 лет обратилась с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислы головные боли. Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 месяца назад. После приема пищ боли стихают. Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку. По данным выписки из стационар Биохимический анализ крови: билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, прямой – 7,6 мкмоль/л; амилаза - 80 Ед (норма – до 120 Ед/л), АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 21 Ед/л, ЩФ - 98 Ед/л (норма – до 140 Ед/л). ФГДС: слизист пищевода розовая, кардия смыкается полностью. В просвете желудка слизь, слизистая во всех отделах отечна гиперемированная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - отечная, на передней ее стенке язвенны дефект округлой формы с гиперемированным валиком размером 0,9х0,7 см, дно покрыто фибрином. Уреазны тест на НР-инфекцию: положительный (+++). Выполнена биопсия. Внутрижелудочная рН-метрия: базальн

		гиперацидность. Имеется отягощенная наследственность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (у отца), у бабушки и линии матери – хронический гастрит. Объективно: рост 158,5 см, масса 46 кг, АД – 90/55, частота PS – 65-67 минуту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз; язык обложен белым налетом; живот пр поверхностной пальпации мягкий, без мышечного напряжения, положительный симптом Менделя, пр глубокой пальпации отмечается значительная болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. П другим внутренним органам без патологии. Стул ежедневный, 1 раз в день, темно-коричневый, б патологических примесей. О каком заболевании можно думать?
	9.	Мальчик 14 лет обратился с жалобами на боли в коленных суставах, повышение температуры. Переболел ангиной. Через 3 недели появились боли в голеностопных суставах, которые прошли самостоятельно. Через несколько дней заболели коленные суставы, повысилась температура тела до 37,50С. Отмечалась боль в суставах при движении, гиперемия и их припухлость. Отмечалась общая слабость, потливость, учащенноесердцебиение и одышка при ходьбе. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Суставы не изменены. Границы сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: ослаблен I тон, на верхушке и в 5 точке систолический дующий шум, выслушивается III тон. Шум усиливается после нагрузки. ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании: в общем анализе крови: гемоглобин 126 г/л; эритроциты 5х1012/л; лейкоциты 12х109/л; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 71%; эозинофилы 0%; моноциты 5%; лимфоциты 15%; СОЭ 30 мм/час. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,2 ммоль/л; АСТ 12 ед/л; АЛТ 23 ед/л; калий 4,5 ммоль/л; натрий 143 ммоль/л; СРБ ++; АСЛ-О 1200 ед/л ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту, PQ 0,22 сек. В грудных отведениях снижение амплитуды зубцов Т. ЭХОКГ: Краевое утолщение («рыхлость») передней створки митрального клапана, ограничение подвижности утолщенной задней створки митрального клапана. Митральная регургитация II степени. Левое предсердие 4,3 см. Полость левого желудочка не расширена. Фракция выброса 68%. Рентгеноскопия органов грудной клетки: без патологии. О каком заболевании можно думать?
	10.	Девочка 16 лет поступила с жалобами на боли в коленных суставах при ходьбе, повышение температуры тела до 37,3°С, общую слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза: три недели назад перенесла ангину, протекавшую с повышением температуры до 38,5°С, болями в горле. Начала прием бензилпенициллина, но был прекращен из-за появления сыпи по типу аллергической крапивницы. Далее получала азитромицин, на фоне чего боли в горле прошли, температура тела нормализовалась. Ухудшение состояние в течение недели, когда отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, общую слабость. Четыре дня назад появились боли в правом коленном суставе при ходьбе, два дня назад – в левом коленном суставе. На осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,0°С. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Лимфатические узлы не увеличены. Суставы визуально не изменены. Отмечается небольшая болезненность при выполнении активных и пассивных движений в коленных суставах, больше левом. При перкуссии легких звук ясный легочный, хрипы не выслушиваются. Сердце перкуторно не расширено. Тоны несколько приглушены, выслушивается тихий систолический шум на верхушке. ЧСС - 96 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При обследовании: в общем анализе крови**:** лейкоциты - 10 х 10^9/л (п/я - 2%, с/я -75%), СОЭ - 20 мм/ч. СРВ ++. Титр антител к анти-О-стрептоли-зину 1:350.

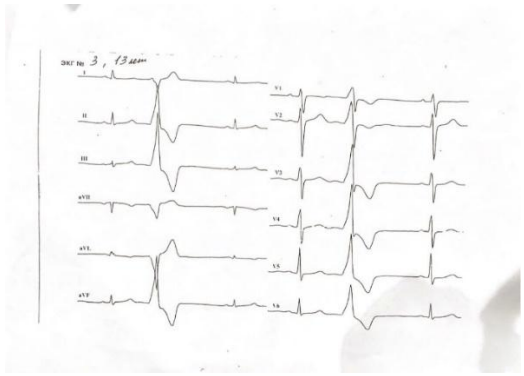
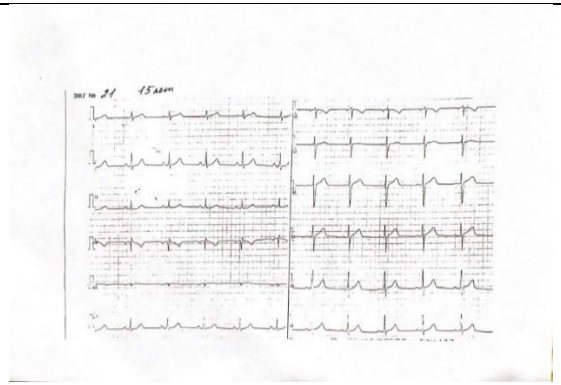
		На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС -96 в минуту, PQ - 0,18 с, QRS - 0,08 с. Нарушения ритма не зафиксированы. При рентгенографии легких очаговые и инфильтративные изменения не выявлены. О каком заболевании можно думать?
	11.	Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью стул до 5-6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко -сгустки, за последние 3 недели примесь крови в кале постоянная. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) - гастрит, колит, лактазная недостаточность. Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень+1,5;+2;в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера – (+). Общий анализ крови: Hb - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр – 3,7х1012/л; ретикулоциты - 18%о; Лейк – 12,0х109/л, п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м -9%, СОЭ - 18 мм/час; тромб. – 330х109/л. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность -1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л, железо-7 мкмоль/л, ОЖСС-79 мкмоль/л (норма 36-72), СРВ (++). Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много. Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок, выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмы и прямой кишки гиперемирована, контактная кровоточивость. Лестничная биопсия. Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы. О каком заболевании можно думать?
	12.	Больной, 15 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-десквамативные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и

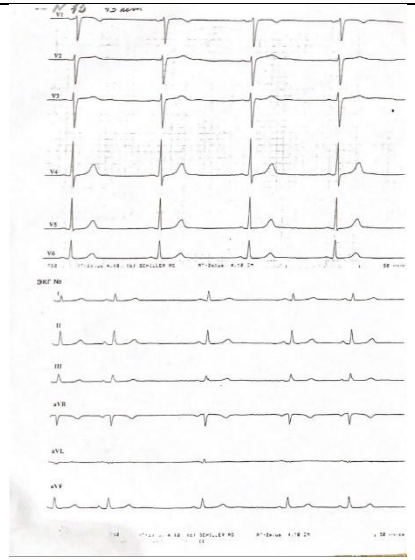
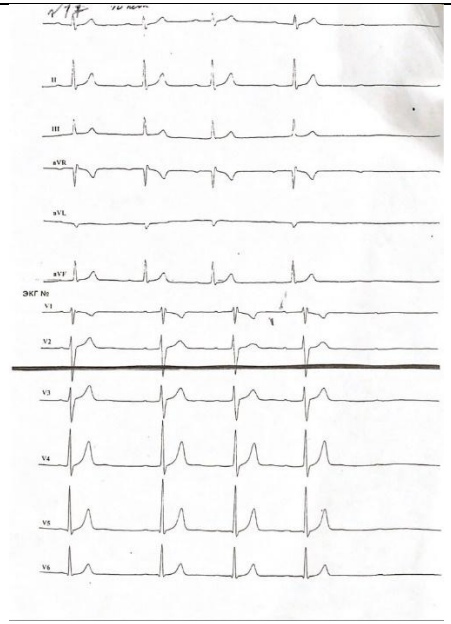
		кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: Hb - 100 г/л. Эр - 4,2х1012/л, Тромб - 90х109 /л, Лейк – 1,5 х 109 /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з. Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2- 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин. О каком заболевании можно думать?
	13.	На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул. Из анамнеза: ребѐнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышении температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта. Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела –7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта.Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургорумеренно снижен. В лѐгких – дыхание пуэрильное.ЧД - 32 ударов в минуту. Тонысердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык«географический», у корня обложен налѐтом. Живот увеличен в объѐме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезѐнка непальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жѐлтого цвета, обильный, жидкий,пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – 6,4×109/л, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет - светло-жѐлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет,слизь - немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA –38AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл. О каком заболевании можно думать?
	14.	Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно.В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий,

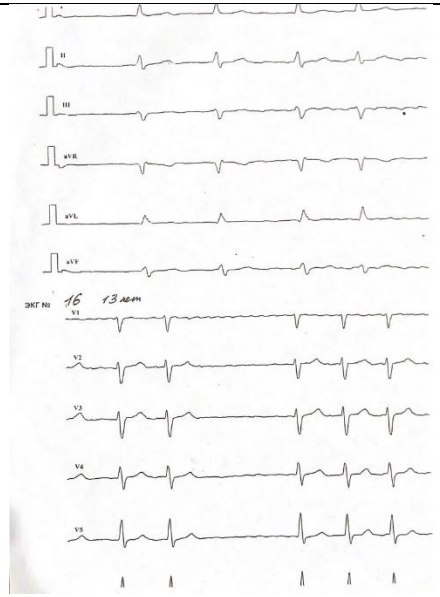
		пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги. Обследование: ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено.Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчаткавнеклеточно. УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров. О каком заболевании можно думать?
	15.	На приѐме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 4 лет. Мама предъявляет жалобы на запоры у ребѐнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднѐн, ребѐнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мама делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приѐмом пищи, аппетит избирательный, снижен. Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учѐте у невролог по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 102 см, масса 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налѐтом. В лѐгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. ОАК (общий анализ крови): WBC –7,5,0×109/л, RBC – 4,2 ×1012/л, HGB –120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час. В копрограмме: непереваримая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений. О каком заболевании можно думать?
	16.	На приѐме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отѐчна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмперически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребѐнок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7×1012/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу. Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Ребѐнок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту 6 мм (4 месяца назад). Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 154 см, масса 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий,болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка

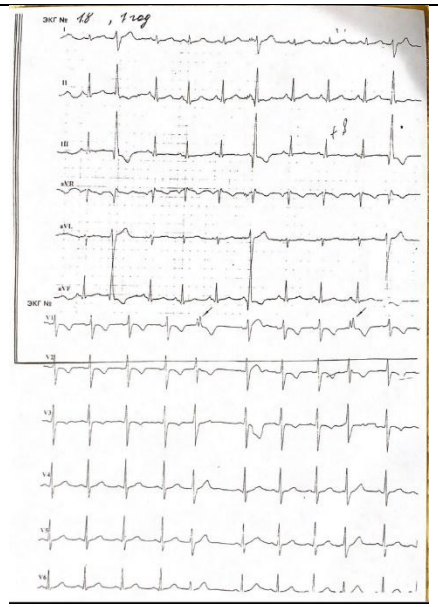
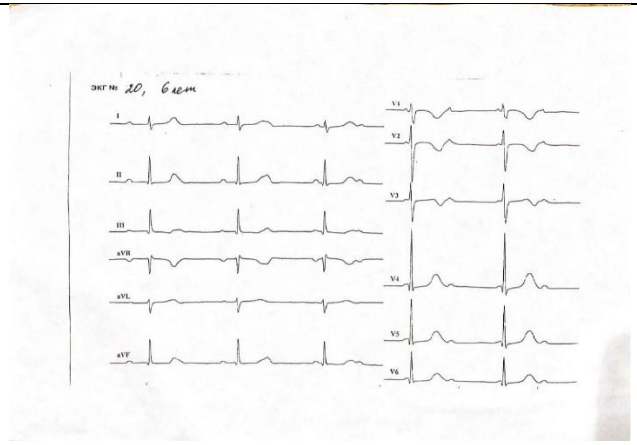
		пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Дизурии нет. О каком заболевании можно думать?
	17.	Девочка 15 лет, жалобы на боли в правом подреберье ноющего характера. Эпизодически болевые ощущения в этой зоне длительностью 20-30 минут, возникающие после еды, физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно, регистрируются на протяжении 7 месяцев. Кроме того мама девочки жалуется на отрыжку воздухом, ощущение тяжести в правом подреберье, сниженный аппетит, склонность к запорам. Наследственность: у матери девочки (35 лет) – хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) – желчнокаменная болезнь. Ранний анамнез без особенностей. Грудное вскармливание до 4 мес. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Язык обложен белым налѐтом, 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 рѐберной дуги, селезѐнка не увеличена. Пузырные симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене – положительные. Стул оформленный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л; лейкоциты - 7,2×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жѐлтый, 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, удлиненной формы 61×22 мм, толщина стенки - 2мм, сократимость желчного пузыря после желчегонного завтрака составила 20%. Регистрируется перегиб в области тела желчного пузыря (частично устраняющийся в положении стоя). О каком заболевании можно думать?
	18.	Мальчик 9 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом 1и 2 половины, срочных родов. Родился с массой 3300, длиной 54 см. Рос и развивался по возрасту, привит по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветреная оспа в 3 года, острый тонзиллит в 5, 8 лет. В течении последнего месяца получал лечение у Лор врача по поводу острого тонзиллита. Выписан в школу 7 дней назад. Последние 2 дня беспокоит головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, изменился цвет мочи, моча была темно-коричневого цвета, мутная. Мама вызвала скорую медицинскую помощь, ребенок был доставлен в стационар. При поступлении ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/ в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно- коричневого цвета, мутная. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты- измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –0-3 в поле зрения. Посев мочи– результат отрицательный. Клинический анализ крови: Hb - 105 г/л; лейк. - 12,2х19, п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. - 18%, мон. - 3%, тромб. - 230х109, СОЭ 25 мм/час

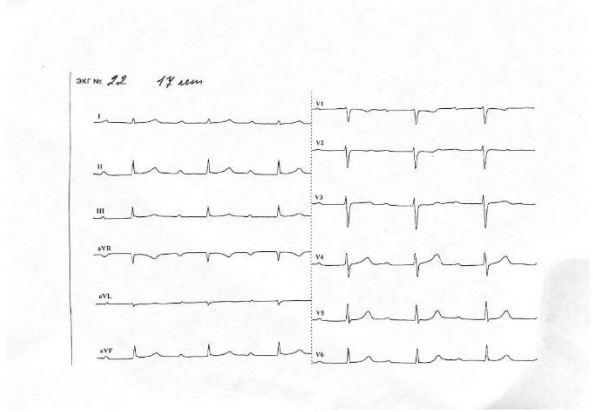
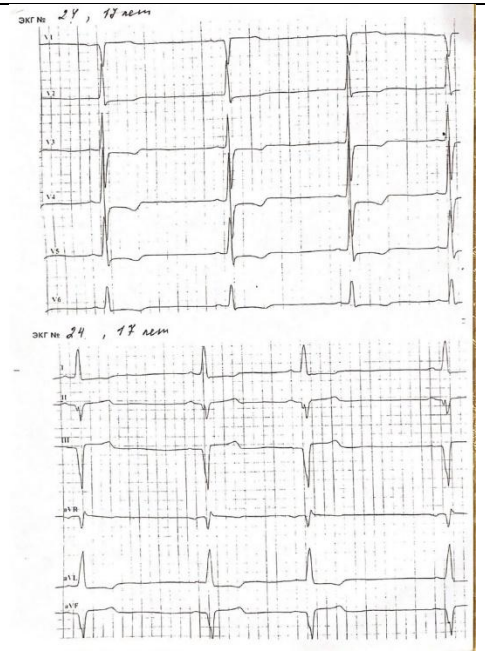
		Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевина 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О 1:1000, СРБ 0,012 (норма 0,0001), калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий. О каком заболевании можно думать?
	19.	Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. Мать курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Объективно: масса девочки – 12,5кг, при осмотре возбуждена, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – 6,3×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час. О каком заболевании можно думать?
	20.	Мальчик К. 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и перорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного 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 парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Дополнительные данные исследования по cito: Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – 6,1×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час. О каком заболевании можно думать?

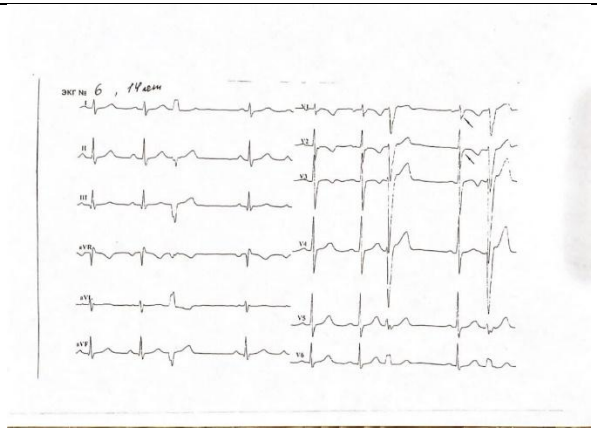
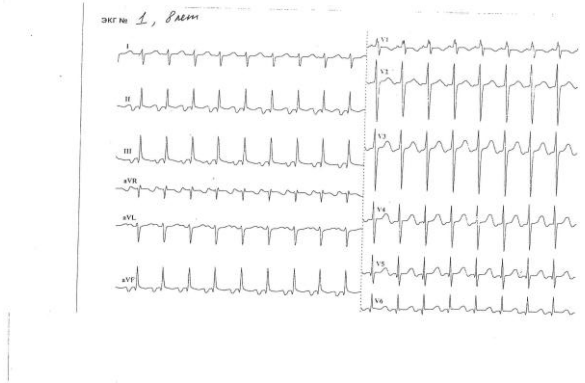
		Практические задания
	1.	Оцените ЭКГ. 
	2.	 Оцените ЭКГ.

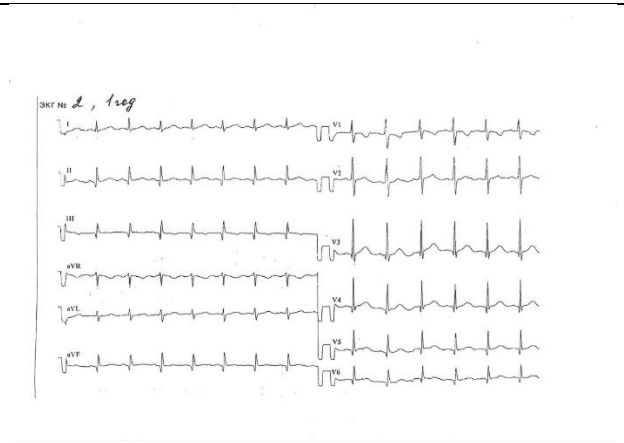
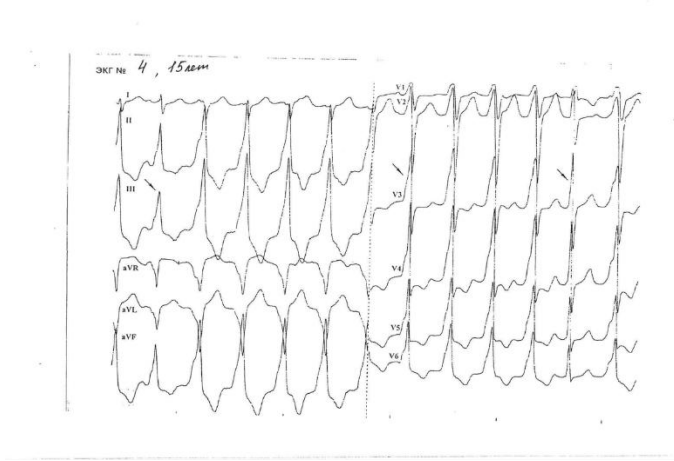
	3.	 Оцените ЭКГ.
	4.	

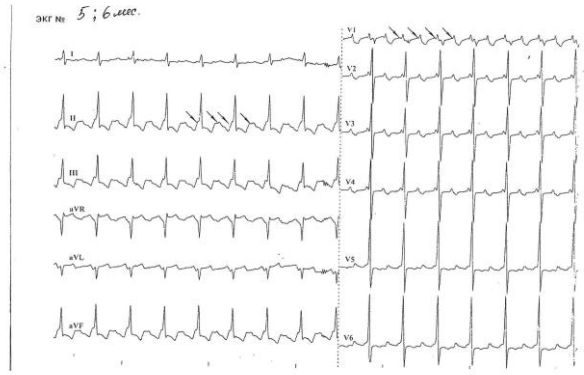
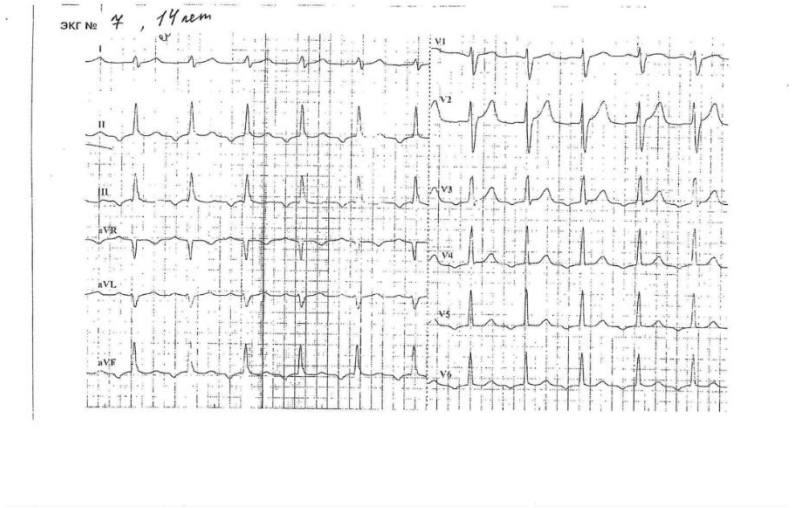
		Оцените ЭКГ.
	5.	 Оцените ЭКГ.

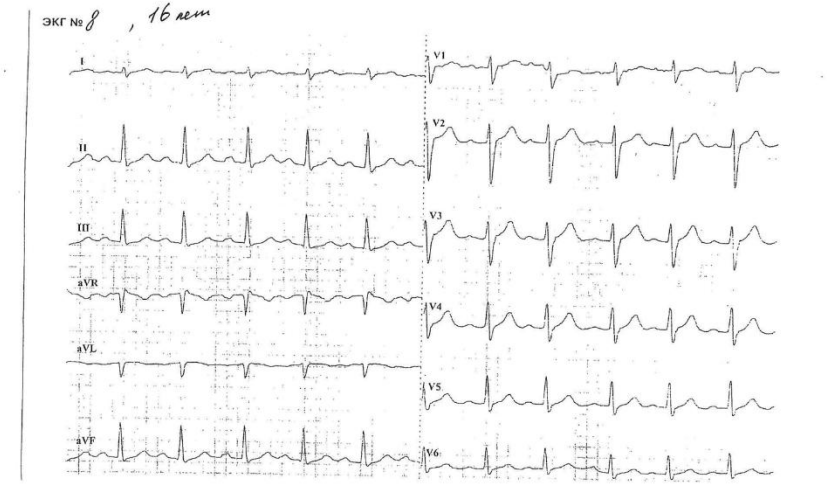
	6.	 Оцените ЭКГ.
	7.	 Оцените ЭКГ.

	8.	 Оцените ЭКГ.
	9.	 Оцените ЭКГ.

	10.	 Оцените ЭКГ.
	11.	 Оцените ЭКГ.

	12.	 Оцените ЭКГ.
	13.	 Оцените ЭКГ.

	14.	 Оценить ЭКГ.
	15.	 Оценить ЭКГ.

	16.	 Оценить ЭКГ.
		Ситуационные задачи.
	1.	Мальчик 6 лет поступил в приёмное отделение многопрофильного стационара с жалобами на боли в области правого коленного и левого голеностопного суставов преимущественно в утренние часы и после дневного сна, невозможность наступать на пятки, боли в икроножных мышцах, светобоязнь. Анамнез заболевания: два месяца назад с родителями отдыхал на природе. Употреблял в пищу плохо прожаренное мясо, через 6 часов повысилась температура до 39°С, рвота, жидкий стул до 10 раз в сутки. Госпитализирован в инфекционный стационар, где был установлен диагноз «сальмонеллёз». Проводилась инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Выписан с улучшением, посевы кала на кишечную группу отрицательные, стул нормализовался. Мать ребёнка здорова, отца ребёнка беспокоят боли в поясничной области, которые проходят после физической нагрузки. В пубертатном периоде перенёс негонорейный уретрит. При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счёт болевого синдрома со стороны суставов и стоп. Кожа чистая. Проявления двустороннего конъюктивита. Отмечается болезненная при пальпации припухлость стоп, повышение местной температуры, увеличение в объёме и значительное ограничение движений в правом коленном и левом голеностопном суставах. Пальпация области ахилловых сухожилий резко болезненная. В лёгких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Частота сердечных сокращений – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – 4,0×1012/л; лейкоциты – 15,0×109 /л, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 20%, моноциты – 4%, СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ

		мочи: удельный вес – 1014, белок – 0,1 г/л, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения. Биохимические анализ крови: общий белок – 83 г/л, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, С-реактивный белок – 25,0 мг/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, РФ – 4 мг/л, АСТЛО – 200 МЕ/л. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Дайте оценку проведённым лабораторным исследованиям. 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 5. Препарат какой группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
	2.	Мальчик 12 лет пришёл с матерью на приём к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приёма пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мать: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят. Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы (отрыжка воздухом или кислым, изжога) появились 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируются. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? 5. Составьте план лечения больного.
	3.	У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна. Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-

		жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++). Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии? 5. Подберите необходимую диету для больного.
	4.	Мать с мальчиком 8 лет (рост – 130 см, вес – 28 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на отёчность лица, голеней, появление мочи тёмного краснокоричневого цвета у ребёнка. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой. При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отёчность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 140/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4-5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный. При обследовании по cito: общий анализ крови: гемоглобин –120 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 10,3×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час; общий анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры эритроцитарные – 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – изменённые, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3- в поле зрения. УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. Чашечнолоханочная система (ЧЛС) имеет обычное строение. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

		2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора? 4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания. 5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?
	5.	Мать с мальчиком 5 лет (рост – 100 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков предшествовала ОРВИ. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5°С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 105/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободное. Стул оформленный, регулярный (1 раз в день). При обследовании: общий анализ крови: эритроциты – 4×1012/л, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 8,2×109 /л, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час; биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/дл; суточная протеинурия – 2,4 грамма/м2 /сутки. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания. 4. Укажите основные осложнения стандартной терапии. 5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания
	6.	Мать с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе у ребёнка. При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребёнка отмечались подъёмы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3°С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при

		пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускание – 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободное, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня). Результаты амбулаторного обследования: общий анализ крови: эритроциты – 3,4×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 15,2×109 /л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час; общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная; по данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++. УЗИ почек: выявлено уплотнение стенок ЧЛС, пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции). Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания). 4. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании? 5. Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.
	7.	Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка в физическом развитии (масса тела – 7,0 кг), появление одышки и перорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного 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 парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Дополнительные данные исследования по cito: общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветовой показатель – 0,91, лейкоциты – 6,1×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час; общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца? 3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации. 4. Какие изменения возможны на рентгенограмме? 5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?

	8.	Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущённым молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2-3 месяца. У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя даёт с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8 ×1012/л, цветовой показатель – 0,98, лейкоциты – 6,3×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии? 5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания обострения?
	9.	У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала. Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела – 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 5,8×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%,

		лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку. 5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.
	10.	Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного. 5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.
	11.	На амбулаторном приёме девочка 6 месяцев. Родители жалуются на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, у ребёнка. Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мать встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мать с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут. При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется,

		кричит. Температура тела – 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок – 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо положительные. ЧД – 36 в минуту. Над лёгкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришёл в сознание и уснул. В общем анализе крови: гемоглобин – 119 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. – 0,91, лейкоциты – 7,1×109 /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 22%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 63%, моноциты – 8%, СОЭ – 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного. В биохимическом анализе крови: общий белок – 64 г/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л, кальций общий – 1,7 ммоль/л, фосфор – 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ – 25 Ед/л, АсТ – 29 Ед/л, серомукоид – 0,180. Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г. 69 Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах? 4. Каковы Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка? 5. Составьте план диспансерного наблюдения на участке.
	12.	На амбулаторном приёме девочка 7 месяцев. Мать жалуется на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул у ребёнка. Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом 51 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Первый прикорм введён в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: приём пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный, со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (Энтерофурил, Ампициллин), Смекту, Бифидумбактерин без эффекта. Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких дыхание пуэрильное. ЧД – 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, Ц. п. – 0,75, лейкоциты – 6,4×109 /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 30%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1012, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, слизь – немного. В биохимическом анализе крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, АлТ – 21 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 AU/мл;

		Анти IgG – 10 AU/мл. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Какое лечение необходимо назначить? 5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?
	13.	На приёме у врача-педиатра участкового девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом. Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении – 3200 г, рост – 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии – гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии – хронический холецистит, у отца – язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение (Алмагель, Мезим форте) с непродолжительным положительным эффектом. При осмотре: рост – 140 см, масса – 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожножировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД – 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС – 62-80 в 1 минуту. АД – 95/60 мм рт.ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край закруглён. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии. Общий анализ крови: эритроциты – 4,61×1012/л, гемоглобин – 125 г/л, гематокрит – 37,6, лейкоциты – 7,3×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 40%, моноциты – 7%, СОЭ – 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: АлТ – 19 Ед/л, АсТ – 19 Ед/л, об. белок – 70 г/л, αамилаза – 29 е/л, об. билирубин – 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин – 1,4 мкмоль/л, ЩФ – 460 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, цвет – св. жёлтый, прозрачность полная, уд. вес – 1007, белок – нет, эп. клетки – 1-0-1 в п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты – 0, соли – оксалаты, слизь – отр., бактерии – отр. ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5 см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г. 73 УЗИ. Печень: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь: 60×20 мм (норма – 53×22 мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа: контур ровный, чёткий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело – 15 мм (норма), хвост – 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз.

		2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Какое лечение необходимо назначить? 5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?
	14.	На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту. Из анамнеза. Ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении – 3200 г, рост – 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен третий день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно – жаропонижающие препараты, без эффекта. Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела – 38,4°С. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) – 0,7 см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налётом белого цвета. Над лёгкими перкуторно ясный лёгочный звук. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранён, на верхушке – короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС – 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет. Общий анализ крови: эритроциты – 4,7×1012/л, гемоглобин – 137 г/л, цв. пок. – 0,87, лейкоциты – 15,8×109 /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 13%, сегментоядерные – 66%, моноциты – 6%, лимфоциты – 15%, СОЭ – 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: об. белок – 80 г/л, билирубин общий – 18,5 мкмоль/л, прямой – 2,7 мкмоль/л, АлТ – 22 Ед/л, АсТ – 29 Ед/л, щелочная фосфатаза – 150 ед/л. Общий анализ мочи: кол-во – 80,0 мл, цвет – жёлтый, уд. вес. – 1,028, белок – 0,09 г/л, сахар – отр., лейкоциты – сплошь в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр., соли мочевой кислоты – ед., бактерии – большое количество, слизь ++. УЗИ внутренних органов. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, эхоструктура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранён. Желчный пузырь – 72×14 мм (норма – 52×13 мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа: размеры – головка 10 мм×10 мм×13 мм (норма), контур ровный, чёткий, эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: без видимой патологии. Почки: расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, чёткие, левая – 125×50 мм (норма – 95×37 мм) паренхима не истончена – 20 мм, правая – 98×36 мм (норма – 94×38 мм), паренхима не истончена – 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь: симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования больного.

		4. Какое лечение необходимо назначить больному? 5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?
	15.	Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачупедиатру участковому. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°С. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата? 5. Через день получены результаты дополнительного обследования: на рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – 4,4×1012/л, тромбоциты – 223×109 /л, лейкоциты – 16,6×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 17%, моноциты – 6%, эозинофилы – 0%, СОЭ – 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.
	16.	На амбулаторном приёме мать с девочкой 4 месяцев, Ребёнок от V беременности II срочных родов; первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами – мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении – 3150 г, длина тела – 49 см. Ребёнок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощённости наследственного анамнеза – 0,5. С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания: ОРВИ в 2 месяца жизни. Привита по календарю. При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мать отмечает беспокойный

		сон. По другим внутренним органам и системам – без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок – 2,5×2,5 см, края податливы. Масса тела – 5000 г (4), длина – 59 см (3). Психометрия: Аз – узнаёт близкого человека (радуется); Ас – ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Э – появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ней; Др – рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней; До – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твёрдую опору; Ра – гулит; Н – во время кормления перестала поддерживать бутылочку руками. Вопросы: 1. Поставьте диагноз и группу здоровья. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям. 5. Проведите профилактику пограничных состояний.
	17.	Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5ºС, появились боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания. Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад. Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20- 30 минут, болезненные, моча жёлтая, мутная. Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – 6,4×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне поле зрения, эритроциты – 3- 5 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты небольшое количество, бактерии – много. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить? 3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. 4. Составьте план лечения данного ребёнка. 5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.
	18.	В детскую поликлинику обратилась мать полуторогодовалого ребёнка. Примерно час назад во время плача у него появился затруднённый вдох, далее прекратилось дыхание, ребёнок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось. Из анамнеза известно, что ребёнок родился недоношенным, с месяца – на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал сидеть с 8 месяцев, ходить с 1 года 4 месяцев, зубы прорезались в 12 месяцев. При осмотре у ребёнка выражены теменные и лобные бугры, отмечается

		Ообразное искривление нижних конечностей. Грудная клетка сдавлена с боков, развернута нижняя апертура грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный приступ повторился. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Вы – врач-педиатр участковый. Каков Ваш алгоритм действий? 3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния? 4. Какова дальнейшая тактика ведения ребёнка? 5. Каков прогноз заболевания?
	19.	Мальчику 1 год. Ребёнок на профилактическом осмотре. Жалоб нет. Анамнез жизни: мальчик от первой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I и II половине (лечение домашними средствами), роды и период новорождённости без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребёнка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом дереве 7 человек. Матери 30 лет, домохозяйка, отцу 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы необильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введён по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-кратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции. Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегчённых слов, понимает запрет, самостоятельно пьёт из чашки. Длина – 75 см, масса тела – 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щёк и ягодичной области, единичные папулёзные элементы на ногах, «географический» язык. Питание повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук лёгочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под рёберной дуги. Ребёнок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита. Анализ крови: RBC– 4,6×1012/л, HGB – 118 г/л, MCV - 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%, WBC – 10,8×109 /л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час. Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, pH – слабо кислая, лейкоциты – 2-3 в п/зр. Копрология: кал жёлтый, кашицей, непереваренная клетчатка – 3-4 в поле зрения. Вопросы: 1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребёнка. 2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у? 3. Рекомендации врача-педиатра участкового. 4. Составьте план наблюдения этого ребёнка. 5. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год?
	20.	Мать с девочкой 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром

		натощак, отрыжку воздухом у ребёнка. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Осмотр: состояние среднетяжёлое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледнорозовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования: В анализе крови: RBC – 4,5×1012/l, Hgb – 128 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – 6,9×109 /l, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3%, PLT – 250×109 /l, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 в п/зр, ацетон (–), слизь ед. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л. ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на H. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Жёлчный пузырь грушевидной формы 65×38 мм (норма – 50×30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижены. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. 2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза. 3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки. 4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях. 5. Каковы принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях?
	21.	На профилактическом приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев. Жалоб нет. Ребёнок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной 52 см. Период новорождённости без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствует возрасту, масса тела - 7000 грамм. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледнорозовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД - 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см изпод края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Общий анализ мочи: pH – слабо кислая; белок – 0,033%; лейкоциты – 1–3 в поле зрения. В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, лейкоциты – 8,5×109 /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++,

		анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма – 24-3 пг). Вопросы: 1. Каков наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести врачу-педиатру участковому для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение. 3. Нуждается ли ребёнок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма. 4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности. 5. Какие профилактические прививки должен иметь этом ребёнок?
	22.	Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4 лет. Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°С, появились сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение Амоксициллина 1,5 месяца назад. При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела – 39,0°С. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны. От госпитализации родители ребёнка отказались. Вопросы: 1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать? 3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому. 4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий. 5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.
	23.	Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г,

		длиной 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л; эритроциты – 3,7×1012/л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – 6,5×109 /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы - 1%; эозинофилы – 3%; лейкоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах: МСН – 22 пг (норма – 24-33 пг). Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребёнка? 5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.
	24.	На профилактическом приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком четырех месяцев. Масса тела – 6100 г, длина – 63 см, окружность головы – 41, окружность грудной клетки – 41 см, большой родничок – 2,5×3,0 см, ЧСС – 128 ударов в минуту, ЧДД – 42 в минуту. НПР: узнает мать, следит за игрушкой, хватает висящую игрушку, гулит, смеется. В положении на животе хорошо и долго удерживает головку вертикально. Социальный анамнез: матери 38 лет, образование средне-специальное. Вредных привычек не имеет. Отцу 53 года, брак не регистрирован, с семьей не живёт. Проживает в общежитии, комната 14 м2 , психологический климат в семье неустойчивый. Из биологического анамнеза: от 3 беременности (2 предыдущие – медицинский аборт), протекавшей на фоне токсикоза, анемии, ОРВИ в сроке 22 недели, острый пиелонефрит в 30 недель. Роды в 35 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. 1 период - 8 часов, 2 период - 15 минут. Закричал сразу, по Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении – 2340, рост – 43 см, окружность груди – 32, окружность головы – 33 см. В роддоме получил вакцинацию против гепатита и туберкулеза. Исключительно на грудном вскармливании, витамин Д в профилактической дозе. Не болел. Профилактические прививки по возрасту. Жалобы матери на снижение аппетита у ребёнка последние 10 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно жировой слой развит удовлетворительно. Тургор тканей не снижен, гипотония мышц живота. Края большого родничка податливые. Очаговый краниотабес в области затылочной кости. Дыхание пуэрильное, тоны ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 2 см по среднеключичной линии. Стул 3 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочится до 12 раз в сутки. В анализах: эритроциты – 3,9×1012/л, гемоглобин – 102 г/л, MCN < 24 pg, лейкоциты – 6,9×109 /л, эозинофилы – 4%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ч. Анализ мочи без патологии. УЗИ скрининг в 2 месяца – патологии не выявлено. Осмотрен врачом-хирургом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, врачом-ортопедом, врачом-кардиологом: патологии не выявлено.

		Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте выставленный диагноз. 3. Дайте комплексную оценку состояния здоровья. 4. Назначьте медикаментозную терапию согласно выставленному диагнозу. 5. Дайте рекомендации по питанию ребёнка.
	25.	Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребёнок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5°С в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°С, вызвали врача. При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7°С, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев неярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте предварительный диагноз. 3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания). 4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты. 5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.
	26.	Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к врачупедиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз «обструктивный бронхит». В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объём форсированной ЖЕЛ за 1 секунду – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав. Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β2-

		адреномиметики. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации. 2. Составьте план диспансерного наблюдения. 3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком. 4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов. 5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку? Назовите способ доставки препаратов.
	27.	Мать с девочкой 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота, боли в животе, которые купируются при отхождении стула, у ребёнка. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень – у края рёберной дуги. Обследование. Общий анализ крови и общий анализ мочи – патологии не обнаружено. Копрограмма: нейтральный жир (+), клетчатка – внеклеточно. УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, жёлчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор. 5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.
	28.	На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мать с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней. Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления. Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мать давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребёнка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия. Анамнез жизни: девочка от четвёртой доношенной беременности, третьих срочных родов. Вес при рождении – 3000 г, длина – 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д. Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра,

		автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжён. Температура тела – 36,8°С. Дефицит массы – 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончён на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД – 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные. Обследована. В общем анализе крови: гемоглобин – 98 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, лейкоциты – 7,3×109 /л, СОЭ – 3 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес – 1005, белок и сахар отрицательные, лейкоциты – 0-2-1 в поле зрения. В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, внеи внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска. В биохимическом анализе крови: кальций – 2,58 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфотазы в норме, сахар крови – 3,7 ммоль/л. Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания. 3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребёнка. Каковы сроки наблюдения? 4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии. 5. Назовите правила введения докорма.
	29.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 2,5 лет. Мать предъявляет жалобы на быструю утомляемость сына, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца. Мальчик от третьей беременности, протекавшей с обострением хронического пиелонефрита в 4–6 недель. Роды в 38 недель, кесарево сечение. Масса тела 3100 г, длина 50 см. Перенесённые заболевания – частые ОРВИ, пневмония в 6 месяцев и 1,5 года. С 6 месяцев появилось посинение лица, вялость, беспокойство во время кормления. Мальчик стал плохо прибавлять в весе. В 8 месяцев впервые появился эпизод шумного глубокого дыхания, ребёнок посинел. Далее эти приступы стали повторяться 1–2 раза в месяц. На 2 году жизни ребёнок во время приступов одышки и цианоза несколько раз терял сознание, развивались судороги. Вес – 12,5 кг, рост – 102 см. Кожные покровы бледно-синюшные. Подкожножировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стёкла». ЧСС – 102 удара в минуту. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации I тон громкий, выслушивается грубый систолический шум во II межреберье справа, проводится на спину. II тон во втором межреберье слева ослаблен. АД на руках – 90/55 мм рт.ст. АД на ногах – 100/60 мм рт.ст. При перкуссии лёгких звук с коробочным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отёков нет. В общем анализе крови: эритроциты – 5,7×1012/л; гемоглобин – 158 г/л; лейкоциты – 4,11×109 /л; эозинофилы – 3%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные –

		48%; моноциты – 9%; лимфоциты – 37%; СОЭ – 12 мм/ч. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики. 4. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца. 5. Определите тактику врача-педиатра участкового при купировании одышечно-цианотического приступа. Назовите препараты, введение которых противопоказано
	30.	Мать с ребёнком 3 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе. Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, в 5 недель беременности мать перенесла ОРВИ. Ребёнок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло. Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц. Ребёнок перенес бронхит в 2 месяца. Общее состояние тяжёлое. Ребёнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» нёбо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4–5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лёгочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отёчность голеней, лодыжек. Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке – 150/80 мм рт.ст., на левой ноге – 50/30 мм рт.ст. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики. 4. Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребёнка 1 года жизни. 5. Обоснуйте ускоренный порядок направления ребёнка на оперативное лечение.
	31.	Мать с мальчиком 1 года 2 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у ребёнка. Из анамнеза известно, что до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенёс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка. Состояние

		постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась. Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения. При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания – 48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье. Аускультативно: ЧСС – 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – 8,4×109 /л; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 27%; лимфоциты – 63%; моноциты – 6%; СОЭ – 34 мм/ч. В биохимическом анализе крови: СРБ – 64 ЕД; КФК – 275 ЕД/л (референтные значения активности 55–200 ЕД/л); КФК-МВ – 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К – 5,2 ммоль/л; Na – 140 ммоль/л. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики. 4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания. 5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребёнка со стороны сердечно-сосудистой системы.
	32.	Мать с ребёнком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка. Ребёнок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3250 г, длина – 50 см. Период новорождённости протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма. С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3-летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3-4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки. При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура – 36,7°С. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, сухая, лёгкий цианоз носогубного треугольника. На коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области подколенных ямок и локтевых суставов имеются участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулёзные элементы, следы расчёсов. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в лёгких проводится во все отделы, жёсткое, с удлинённым выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – 4,6×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 6,8×109 /л, эозинофилы – 8%,

		палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, усиление бронхо-лёгочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозу лекарственного препарата и путь доставки. 5. Определите тактику ведения пациента после купирования обострения и дайте её обоснование.
	33.	Мать с мальчиком 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у ребёнка. Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД – 40 в минуту. ЧСС – 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – 4,8×1012/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – 16,2×109 /л, юные – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час. В общем анализе мочи: количество – 100 мл, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте стартовую антибактериальную терапию больному с выявленным диагнозом. Укажите сроки оценки её эффективности. 5. Выберите и обоснуйте маршрутизацию пациента. Какие показания для госпитализации при данных заболеваниях Вы знаете?
	34.	Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят

		самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Со слов матери, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребёнка не увеличился. Из анамнеза известно, что у отца ребёнка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка. При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налёт белого цвета. Рост - 148 см, масса тела - 35 кг. АД - 110/70 мм рт.ст., пульс - 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезёнка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул, со слов мальчика, бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребёнка. 4. Сформулируйте план лечения ребёнка. 5. Составьте программу противорецидивного лечения.
	35.	Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов матери, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование. Из анамнеза жизни известно, что мать пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь. При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-жёлтым налётом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул, со слов девочки, бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего». Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отёчна и гиперемирована. Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

		3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование. 4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии. 5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.
	36.	На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит. Тест на антитела к Helicobacter pylori ИФА-методом - отрицательный. Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(B) степени)». Вопросы: 1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор. 2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте. 3. Почему из прокинетиков выбран Домперидон, а не Метоклопрамид? 4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить Висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте. 5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?
	37.	Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе. Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт.ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт.ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней. В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт.ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт.ст. На втором приёме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт.ст. (95-й процентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт.ст.). Рекомендовано провести обследование. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет. При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Рост – 178 см, масса тела – 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений – 150/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме. Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, тромбоциты - 300×109 /л, лейкоциты – 6,3×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной

		нормы. ЭхоКГ – структурных изменений не выявлено. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте, поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте подростку лечение. 5. Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели на последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД - 180/96 мм рт.ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Какова Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?
	38.	Мать девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребёнка и повышенное потоотделение. Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребёнка здоровы. Роды в срок. Масса тела - 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружностью груди - 33 см, оценка по Апгар - 8 баллов. Закричала сразу. К груди ребёнок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический приём мать с ребёнком не явилась. Прогулки у ребёнка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введён. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне. Физическое развитие: рост - 63 см, масса тела - 7500 г, окружность головы - 42 см, окружность груди - 43 см. Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берёт игрушку из разных положений, гулит. Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, пальпируются рёберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов - 3,9×1012/л, цветовой показатель - 0,9; число лейкоцитов - 7,9×109 /л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность полная, удельный вес - 1016 г/л, pH - кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения. Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма - 2,3-2,8 ммоль/л). Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма - 1,3-1,8 ммоль/л). Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребёнка. 4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства. 5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.
	39.	Мать с ребёнком 7 месяцев находится на приёме у врача-педиатра участкового, жалуется на повышенную

		потливость у дочери, плохой сон, вздрагивание во сне. Из анамнеза известно, что ребёнок от первых родов, протекавших без патологии. Матери 30 лет. Отец с семьёй не живёт, материальную помощь не оказывает. Девочка получала грудное молоко до 2 месяцев жизни. Затем из-за того, что мать была вынуждена выйти на работу, переведена на искусственное вскармливание: получала смесь «Нестажен» и коровье молоко. С 4 месяцев в питание введена манная каша, которую ребёнок ест до 2–3 раз в день. С 6 месяцев мать попыталась давать овощи, но девочка ела их плохо, и поэтому мать дает их ребёнку нерегулярно. В отсутствие матери с ребёнком находится соседка. Массаж, гимнастику ребёнку не проводят. Гуляет девочка не каждый день. Витамин Д ребёнку дают нерегулярно. При осмотре: масса – 8500 г, кожа чистая, повышенной влажности. Выраженный красный дермографизм. Голова правильной формы, затылок лысый, выраженные лобные и теменные бугры. Пальпируются рёберные «четки», борозда Гаррисона, «браслетки» в области лучезапястного сустава. Мышечный тонус снижен. Самостоятельно не сидит. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие лабораторные методы обследования необходимо назначить ребёнку для уточнения диагноза? 4. Назначьте и обоснуйте лечение. 5. Назначьте профилактические мероприятия.
	40.	Девочка 8 месяцев поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами в конечностях. Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности. Беременность осложнилась анемией, преэклампсией. Роды в срок. Масса при рождении - 3800 г, длина - 53 см. С рождения на искусственном вскармливании (смесь «Малютка»). Прикорм введён с 4 месяцев. В виде манной каши. В настоящее время получает: каши (преимущественно манную), овощное пюре (преимущественно картофельное), коровье молоко, кефир. С 5 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином D, но мать препарат не давала. Объективно: девочка массой 8900 г, кожа бледная, чистая. Тургор тканей снижен. Выражены лобные и затылочные бугры; большой родничок 2×2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развёрнута, пальпируются «чётки». Напряжение икроножных мышц, стопы находятся в состоянии резкого подошвенного сгибания, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушённые, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. В лёгких дыхание пуэрильное. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 3,3×1012/л, цветовой показатель – 0,8, ретикулоциты – 2%, лейкоциты – 7,0×109 /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 26%, лимфоциты – 60%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, цвет – светло-жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения или уточнения диагноза? 4. Назначьте и обоснуйте лечение. 5. Сформулируйте рекомендации матери по дальнейшему уходу за ребёнком для профилактики рецидива

		заболеваний.
	41.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 4 лет. Мать предъявляет жалобы на запоры у ребёнка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднён, ребёнок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мать делает очистительную клизму. При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приёмом пищи, аппетит избирательный, снижен. Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учёте у врача-невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 102 см, масса - 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налётом. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Ообщий анализ крови: WBC – 7,5,0×109 /л, RBC – 4,2×1012/л, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час. В копрограмме: непереваримая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь. УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте индивидуальный план лечения пациента. 4. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет. 5. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.
	42.	На приёме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4°С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки. Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллёз, сальмонеллёз, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отёчна,с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребёнок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – 3,7×1012/л, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу. Из анамнеза жизни: у деда по линии матери – колоректальный рак. Ребёнок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту - 6 мм (4 месяца назад). Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 154 см, масса - 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым

		налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза. 4. Какие препараты используются для данного заболевания у детей и подростков? 5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.
	43.	На приёме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приёме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым.Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась. Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой. Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налётом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилородуоденальной области.Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Укажите методы диагностики инфекции Helicobacter pylori. 4. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении данного пациента? 5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.
	44.	На приёме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 1 года с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот. Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении - 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями. Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа. Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост – 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок – 1,0×1,5 см, не напряжён. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 35 в минуту. Тоны

		сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Общий анализ крови: WBC – 5,6×109 /л, RBC – 3,2×1012/л, HGB – 82 г/л, HCT – 32%, MCV – 69,0 мкм3 , MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW – 18,6%, PLT – 340,0×109 /л, NEU - 30%, LYM - 60%, MONO - 8%, EOS - 2%, СОЭ – 2 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий плоский - 0-1-3 в поле зрения. Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты ++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какова тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации? 4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты. 5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?
	45.	На приёме повторно мать с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела. Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении - 3100 г, длина - 52 см, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён. Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 3500 г, длина - 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отёков нет. Большой родничок - 1,0×1,0 см, не напряжён. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранён. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента. 4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям

		подробные указания. 5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.
	46.	На приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 года 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на появление отёков у ребёнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания. При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ. Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отёки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5°С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см. Селезёнка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи – 150 мл. Моча пенится. Общий анализ крови: лейкоциты – 18,6×109 /л, эритроциты – 4,43×1012/л, гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 220,0×109 /л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 74%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 37 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые – 2-3 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза. 4. Укажите необходимость госпитализации в данной ситуации. 5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего данное заболевание?
	47.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребёнок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено: белок – 1 г/л, эритроциты – 50-80 в поле зрения. Из анамнеза жизни: мальчик от первой беременности, родился в срок с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей. Перенёс несколько раз ангину, ветряную оспу. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Пастозность голеней и стоп. Температура тела – 36,8°С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, АД – 125/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень не увеличена. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча жёлтая, не пенится. Общий анализ крови: лейкоциты – 12,5×109 /л, эритроциты – 4,43×1012/л, гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 279,0×109 /л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 42 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, белок – 1,05 г/л, эритроциты – 60-80 в поле зрения, свежие и измененные, лейкоциты – 3-5 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

		3. Укажите необходимость госпитализации. Какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 4. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания. 5. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке после выписки из стационара?
	48.	Мать с мальчиком 10 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи у ребёнка. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенёс ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ. 2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39°С, лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев». При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В лёгких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД – 130/95 мм рт.ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 9,2×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3 %, тромбоциты – 530,0×109 /л, СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения, зернистые - 4-8 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 4. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объём жидкости? 5. Назовите показания для госпитализации
	49.	На приёме мать с девочкой 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приёмом пищи, повышение температуры до 38,9°С у ребенка. Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39 неделе. Масса ребёнка при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7 сутки. Период новорождённости без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъём температуры до 38,5°С, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена врачом-хирургом, хирургическая патологии не обнаружена. При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под рёберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчётливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты –

		5,6×1012/л, лейкоциты – 18,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%, СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 38-45 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++ Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 4. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии. 5. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?
	50.	Мать с девочкой 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°С в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж у ребёнка. Анамнез: девочка больна в течение последних трёх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела – 37,7ºС. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС – 84 удара в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Печень на 1 см выступает из-под рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эритроциты - 4,7×1012/л, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 12×109 /л (палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, моноциты - 10%, лимфоциты - 14%), тромбоциты - 210×109 /л, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар – отрицательные, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены. Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс - 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины α1 - 8%, α2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевина - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150). Высев из зева β-гемолитического стрептококка группы А >103 КОЭ/мл. Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация +; лёгочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие: не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардиального выпота: нет . Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите показания к госпитализации данного

		пациента. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара. 3. Уточните и обоснуйте поставленный Вами диагноз с учётом полученных данных проведенного дополнительного обследования. 4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения. 5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики данного заболевания у пациента после выписки из стационара.
	51.	На приёме мать с девочкой 13 лет с жалобами на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет, высыпания на лице и нижних конечностях, носовое кровотечение, отёчность коленных и голеностопных суставов, головные боли, головокружение у ребёнка. Из анамнеза заболевания известно, что около 2 месяцев назад (после перенесённого тяжёлого гриппа) появилась и стала нарастать слабость, недомогание и повышенная утомляемость, затем присоединился субфебрилитет, который длится уже месяц. При обследовании: антинуклеарный фактор – положительный, ревматоидный фактор – положительный. Неделю назад появилась отёчность и боль при движениях в коленных и голеностопных суставах. Три дня назад присоединились геморрагические высыпания на нижних конечностях и на лице; вчера - обильное длительное кровотечение из обеих половинок носа, которое рецидивировало в течение суток. Из анамнеза жизни: от пятой беременности, первых родов (предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках). Беременность протекала на фоне гестоза I и II половин, угрозы прерывания в 24 недели. Роды в срок, самостоятельные, к груди приложена на первые сутки, естественное вскармливание до 4 месяцев, затем коровье молоко и прикормы. Из перенесённых заболеваний: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа, корь, с 8 лет хронический пиелонефрит с ежегодными обострениями, по поводу которых получала уросептики. Аллергический анамнез не отягощён. Наследственность отягощена, по линии матери в семье: ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия, со стороны отца - цирроз печени, хронический пиелонефрит. При осмотре: температура - 37,5°С, АД - 145-150/95 мм рт.ст., кожные покровы и видимые слизистые бледные, на стопах и голенях большое количество петехий и единичные полихромные экхимозы; на щеках и спинке носа гиперемированные пятна округлой формы (в виде бабочки), которые при физической и эмоциональной нагрузке становятся более заметными и пульсируют. В носовых ходах геморрагические корочки. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объёме, отёчные с экссудативным компонентом, кожа над ними нормальной окраски, горячая; затруднение активных и пассивных движений. Горизонтальный нистагм. Со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень +4 см, селезёнка +1 см, оба органа мягкие, эластичные, безболезненные. Стул, диурез б/о. Дизурических расстройств нет. Общий анализ мочи: реакция - кислая, цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1004, сахар - отрицательный, белок - 0,645 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 30- 40 в поле зрения. Клинический анализ крови: эритроциты - 3,8×1012/л, гемоглобин – 84 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты – 48,5×109 /л, лейкоциты - 3,6×109 /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

		3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. С какого препарата следует начать лечение у данного пациента? Обоснуйте свой выбор. 5. Назовите показания для назначения цитостатического препарата – Циклоспорина и его дозу.
	52.	Мать с девочкой 13 лет обратилась с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, головные боли у ребёнка. Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 месяца назад. После приёма пищи боли стихают. Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку. По данным выписки из стационара: биохимический анализ крови: билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, прямой – 7,6 мкмоль/л; амилаза – 80 Ед/л (норма – до 120 Ед/л), АлАТ – 17 Ед/л, АсАТ – 21 Ед/л, ЩФ – 98 Ед/л (норма – до 140 Ед/л). Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается полностью. В просвете желудка слизь, слизистая во всех отделах отёчная, гиперемированная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - отёчная, на передней её стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком размером 0,9×0,7 см, дно покрыто фибрином. Уреазный тест на HP-инфекцию: положительный (+++). Выполнена биопсия. Внутрижелудочная pH-метрия: базальная гиперацидность. Имеется отягощённая наследственность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (у отца), у бабушки по линии матери – хронический гастрит. Объективно: рост – 158,5 см, масса – 46 кг, АД – 90/55, частота пульса – 65-67 в минуту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз; язык обложен белым налётом; живот при поверхностной пальпации мягкий, без мышечного напряжения, положительный симптом Менделя, при глубокой пальпации отмечается значительная болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. По другим внутренним органам без патологии. Стул ежедневный, 1 раз в день, тёмно-коричневый, без патологических примесей. Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты - 4,3×1012/л, лейкоциты - 6,9×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачность – полная; pH – 6,2; удельный вес – 1019; белок – отрицательный, сахар – отрицательный, эпителиальные клетки – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите дополнительные (косвенные) эндоскопические признаки HP-инфекции (хеликобактериоза) в клинической практике (по результатам ФГДС). 5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения пациентки. Назовите основные направления в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и какие группы препаратов следует назначить в настоящее время.
	53.	Мать с мальчиком 5 лет обратились с жалобами на уменьшение диуреза и отёки. Из анамнеза известно, что патологии почек в семье нет, родители молодые, у матери атопическая бронхиальная астма. Ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела – 3200 г, длиной – 52 см, оценка по Апгар – 8/9 баллов. Вскармливание грудное до 1 года, ОРВИ болел редко. Наблюдается аллергологом по поводу поллиноза (конъюнктивит, ринит). Через 2 недели после профилактической прививки противогриппозной вакциной появились отёки, которые в динамике стали нарастать. Объективно: физическое развитие среднее, гармоничное, отёк лица, конечностей, поясницы, передней брюшной стенки,

		асцит, отёк мошонки, гидроторакс. АД - 108/67 мм рт.ст. Дизурических расстройств нет, суточный диурез – 250 мл. Общий анализ мочи: COLOR – светло-жёлтый, CLA – слабо мутная, pH – 6,5, PRO – 6,6 г/л, BNL – NEG, YRO – NORM, GLU – NEG, WBC – единиц в поле зрения, RBC – 0- 1 в поле зрения , EC – единиц в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые и зернистые – 2- 3 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз. 3. Показана ли иммуносупрессивная терапия в данном случае? 4. Назовите наиболее вероятные осложнения от иммуносупрессивной терапии. 5. Назовите показания и цели к проведению пункционной биопсии почек у данного ребёнка
	54.	Мальчик 7 лет поступил в отделение с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи. Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела - 52 см, оценкой по Апгар - 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесённых заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенёс лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться. При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над лёгкими лёгочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2 тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезёнка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи. Общий анализ крови: HGB – 111 г/л, RBC – 4,2×1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 29 pg, MCHC – 32 g/l, RDW – 9,5% , PLT - 368×109 /л, MPV – 8,3 fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 8,9×109 /л, NEU – 64%, LYM – 22%, EOS – 4%,MON – 8%, СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: COLOR – бурый, CLA – мутная, pH – 6,0, плотность – 1024, PRO – 1,5 г/л, BNL – NEG, YRO – NORM, GLU – NEG, WBC – 10 в поле зрения, RBC – сплошь покрывают все поля зрения, EC – единицы в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в поле зрения. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз. 4. Составьте план медикаментозного лечения. 5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?
	55.	Девочка К. 13 лет больной считается около 8 месяцев. Со слов матери, заболевание началось с астенического синдрома (вялость, утомляемость), затем появились боли в животе, прогрессирующее похудание, эпизоды лихорадки и диарея. В течение последних 3 месяцев у ребёнка разжиженный учащённый со слизью стул до 6–8 раз в день, в последний месяц в кале появились сгустки крови, за последние 2 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят спастические боли в животе перед дефекацией, снижение аппетита,

		похудание за последние 6 месяцев на 5 кг, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагами и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребёнок от первой беременности, на естественном вскармливании до 1 года. Перенесённые заболевания: ветряная оспа, до пяти лет частые ОРВИ. Наследственность: у матери – аутоиммунный тиреоидит, у бабушки (по линии матери) – гастрит, лактазная недостаточность. Осмотр: рост - 155 см, масса - 38 кг. Температура тела - 37,5°С. Кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта. Слизистые бледные, чистые. ЧСС – 100 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в точке Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги, плотновата. Положительные симптомы Герца, Образцова, «воздушного столба». Стул: диарея до 6–8 раз в сутки, тенезмы, позывы к дефекации в ночное время, в кале примесь крови и слизи. Общий анализ крови: RBC – 3,7×1012/л, Hb – 96 г/л, RET – 18‰, PLT – 330×109 /л, WBC – 15,0×109 /л, EO – 5%, NEUT – 50%, LYM – 36%, MON – 9%, СОЭ – 28 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 25,3%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 13%, γ – 14%, АлАТ – 28 Ед/л, АсАТ – 36 Ед/л, ЩФ – 122 Ед/л, амилаза – 45 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед, общий билирубин – 13 мкмоль/л, из них связанный – 0 мкмоль/л, железо – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л, СРБ (++). Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отёчна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледнорозовая, очагово гиперемирована, множественные кровоизлияния, выражена контактная кровоточивость, на десятом сантиметре прямая кишка сужена на протяжении 1–1,5 см. Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Выделите клинические синдромы, обоснуйте клинический диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования, которое необходимо для подтверждения диагноза. 4. Какую базисную противовоспалительную терапию первой линии Вы можете назначить больному? Обоснуйте свой выбор. 5. Укажите возможные кишечные осложнения данного заболевания.
	56.	Девочка 12 лет больна в течение года. Жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5–2 часа после еды, ночью; отрыжка кислым. Из анамнеза: у матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе, занимается хореографией. Осмотр: правильного телосложения. Кожа бледно-розовая, чистая. Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, цветовой показатель – 0,91, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109 /л; палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачный; pH – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1–2–3 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138

		Ед/л, амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 4 ед, билирубин – 15 мкмоль/л, из них связанный билирубин – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++). УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа обычных размеров и эхогенности. Дыхательный уреазный тест: положительный. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза. 3. Перечислите основные методы диагностики HP-инфекции. 4. Оцените картину УЗИ. 5. Каковы современные принципы лечения данного заболевания? Предложите схему лечения данному ребёнку.
	57.	Девочка 15 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в нижнем отделе живота, в эпигастральной области, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, иногда с примесью крови, похудание, слабость, боли в левом коленном суставе. История заболевания: больна около 1 года, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. В течение 2 последних месяцев появились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура. Из анамнеза жизни. Ранний анамнез без особенностей. Редко болела. В 4 года перенесла лямблиоз, с 13 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического гастродуоденита. Наследственный анамнез: мать здорова, отец с семьёй не живёт (сведений о заболеваниях нет), бабушка (по линии матери) – сахарный диабет 2 типа. Аллергологический анамнез: аллергический ринит (на цветение берёзы). Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отёков, гиперемии нет. Температура тела – 37,5 °С. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 22 в минуту. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 75 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Левый коленный сустав обычной формы, кожа над ним не изменена, отмечается болезненность при сгибании, лёгкая скованность по утрам. Живот мягкий, определяется болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, умеренная болезненность в левой и правой подвздошной областях. Сигмовидная кишка болезненна, не спазмирована, слепая – болезненна, урчит. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Пузырные симптомы – отрицательно. Почки не пальпируются. Стул кашицеобразный, 3–4 раза в сутки со слизью. Мочеиспускание безболезненное. Обследование: общий анализ крови: эритроциты – 3,7×1012/л; гемоглобин – 94 г/л; лейкоциты – 16×109 /л, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; Ht – 31%; СОЭ – 22 мм/час; тромбоциты – 300×109 /л; общий анализ мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, альбумины – 45%; общий билирубин – 20 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л; ЩФ – 136 Ед/л; СРБ – 34 мг/мл. Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции, УПФ – отрицательный. Реакция Грегерсена – положительная. ЭФГДС – пищевод проходим, слизистая бледно-розового цвета, по малой кривизне желудка, в двенадцатиперстной кишке, начальном отделе тощей кишки на фоне очаговой гиперемии, отёка слизистой

		оболочки единичные язвы линейной формы. Колоноскопия (проведена до селезёночного угла): на фоне слизистой в виде «булыжной мостовой» в области сигмовидной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки определяются единичные язвы. Биопсия: плотная воспалительная инфильтрация в строме слизистой оболочки толстой кишки с проникновением в подслизистый слой; глубокие язвы, проникающие в подслизистый и мышечный слой (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка). Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Представьте круг дифференциальной диагностики данной патологии. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Представьте основы медикаментозной терапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор. 5. Приведите критерии, соответствующие педиатрическому индексу активности данного заболевания.
	58.	Мать с девочкой. 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. Кожные покровы 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 оформленный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л; лейкоциты - 7,2×109 /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, удлиненной формы 61×22 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.
	59.	Мальчик 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области,

		возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц. Объективно: состояние средней тяжести за счёт болевого и диспептического синдромов, рост - 180 см, вес - 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налётом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - 4,2×1012/л; лейкоциты - 7,4×109 /л; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 22 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 единицы, билирубин - 15 мкмоль/л. ЭФГДС: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отёчна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отёчна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов гиперемирована. Цитологическое исследование на Нр (-) Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста. 4. Перечислите осложнения данной патологии у детей. 5. Перечислите принципы лечения данного ребёнка.
	60.	У девочки 9 лет жалобы 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 не отягощён. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налётом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 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. Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты -

		4,2×1012/л; лейкоциты - 7,2×109 ; 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.
	61.	Девочка 10 лет с матерью на приёме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащённое мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Получала Парацетамол. Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отёков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении – 3250 г, длина – 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесённые заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей. При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабоположительный с обеих сторон. Отёков нет. Вес 29 кг, рост 138 см. Полный анализ крови: эритроциты – 4,0×1012/л, Hb – 128 г/л, лейкоциты – 11,8×109 /л, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час. Полный анализ мочи: светло-жёлтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – в большом количестве, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+). Общий белок – 78 г/л, белковые фракции: альбумины – 54%, глобулины α1 – 4%, α2 – 14%, β – 10,5%, γ – 17,5%. Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, КЭК – 110 мл/мин/1,73 м 2 . Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л. Вопросы: 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте сформулированный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз. 5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.
	62.	Мать с мальчиком 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на интенсивные ночные

		боли в эпигастральной области, рвоту с примесью желчи, возникающую на фоне болевого синдрома (приносит облегчение), отрыжку горьким, кислым, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нерегулярный стул, 1 раз в 2–3 дня, у ребёнка. Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение пяти лет, обострение заболевания чаще весной и осенью. Наследственный анамнез: у отца язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту. При осмотре ротовой полости язык с гипертрофированными сосочками, обложен бело-жёлтым налётом. Живот болезненный в собственной эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Лабораторные и инструментальные данные: фиброгастроскопия (ФГС) (луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5×2,5 см, из-за деформации луковица полностью не просматривается, найти выходное отверстие и провести через него аппарат не удаётся), обследование на HP-инфекцию: а/т к HP +. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте сформулированный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз. 5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.
	63.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, ребёнок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды), диспепсический синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким), астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, головную боль). Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован. Наследственный анамнез: у отца и матери – язвенная болезнь желудка. В питании употребляет газированные напитки. Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен жёлто-зелёным налётом у корня. Перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 22 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+). Печень по краю рёберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезёнка не пальпируется. Лабораторные и инструментальные методы исследования: ФГС (в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела). Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Обоснуйте сформулированный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз. 5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.
	64.	В стационар на обследование поступил ребёнок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребёнка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаёт в массе тела. При

		осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребёнка. Верхушечный толчок смещён влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на лёгочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края рёберной дуги), пальпируется край селезёнки. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести? 5. Какая группа препаратов используется для лечения данной стадии недостаточности кровообращения путем снижения объёма циркулирующей крови и уменьшения нагрузки на сердце, какой из препаратов этой группы чаще всего используется для неотложной терапии?
	65.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребёнок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырёх дней. Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением. Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощён. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост – 130 см, вес – 21 кг. При ходьбе хромает. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа гиперемирована, суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности. Отмечается дефигурация правого коленного и левого голеностопного суставов. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В лёгких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на лёгочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Отёков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 12,4×109 /л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл. По ЭхоКГ отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

		Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор. 5. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретённого порока сердца не выявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменён. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	66.	Девочка 16 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу. Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжелой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1 году жизни находилась под наблюдением у врача-невролога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза». Боли в животе беспокоят в течение 3 лет. Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала. В течение последнего года у девочки появились изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам. Наследственность отягощена: у матери – хронический гастрит, у отца – эрозивный дуоденит. Объективно: масса – 48 кг, рост – 158 см. Состояние средней тяжести. Положение активное. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок. Питание удовлетворительное. Тонус и сила мышц не нарушены. Скелет развит пропорционально, без деформации. Над лёгкими перкуторно – ясный лёгочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. Пульс – 78 в 1 минуту. Язык обложен у корня неплотным налётом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 124 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 6,5×109 /л; эозинофилы – 1%; палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 57%; лимфоциты – 31%; моноциты – 8%, СОЭ – 8 мм/ч. Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, удельный вес – 1019, прозрачность полная, сахар – нет, белок – нет, лейкоциты – 1-2-0-1 в поле зрения; эпителиальные клетки – единичные в поле зрения. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 14,1 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/л, АЛТ – 48,1 нм/сл. ФЭГДС: отмечается отёк, сливные эрозии слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отёчна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована. HELPIL-тест – резко положительный. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какие препараты следует назначить пациенту? 5. Через какой промежуток времени и какими препаратами можно повторно проводить эрадикацию Helicobacter pylori
	67.	На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 9 лет. Со слов матери, в течение 1,5 лет у ребёнка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину

		или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжиженный, обильный. Ребёнок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощён. Прививки по возрасту. У матери 34 лет – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет. Осмотр: рост – 136 см, масса – 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., дыхание – хрипов нет. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Де-Жардена, Мейо-Робсона. Печень у края рёберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные. Общий анализ крови: Hb – 124 г/л; цветовой показатель – 0,88; эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 6,6×109 /л; палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачная; pH – 6,0; плотность – 1021; белок – нет; сахар – нет; лейкоциты – 2–3 в поле зрения; эритроциты – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%, глобулины: альфа1 – 5%, альфа2 – 14%, бета – 13%, гамма – 16%; ЩФ – 14,5 Ед/л, амилаза – 120 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед., общий билирубин – 12 мкмоль/л, из них связанный – 3 мкмоль/л., СРБ (+). Диастаза мочи: 128 ед. (норма 32–64). УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (норма 16), тело – 18 мм (норма 14), хвост – 26 мм (норма 18), гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы. Ретроградная холепанкреатография: внепечёночные и внутрипечёночные протоки не расширены. Пузырный проток – длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилятирован, расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. 3. Какова причина заболевания в данном случае? 4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм. 5. Дайте рекомендации по диетотерапии.
	68.	Девочка 8 лет поступила в клинику с жалобами, со слов матери, на слабость, головные боли, отёчность век, бурое окрашивание мочи. Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок, путём естественного родоразрешения. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. Вскармливание естественное до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощён. Психофизическое развитие соответствует возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, ангина. Профилактические прививки по календарю. Настоящее заболевание началось после перенесённой ангины. Получала Флемоксин, Нурофен, но школу посещала. Через 2 недели заметили появление мочи цвета «мясных помоев», отёчность век по утрам. Ребёнок был госпитализирован. Анализ амбулаторной карты показал, что анализы мочи ранее проводились неоднократно, патологических изменений не было. При поступлении в стационар на третий день от начала заболевания состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пастозность век и голеней. Зев умеренно гиперемирован, миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, наложений нет. Перкуторно над лёгкими звук лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная во всех отделах.

		Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл за сутки, моча цвета «мясных помоев». Общий анализ крови: СОЭ – 21 мм/ч, лейкоциты – 11,3×109 /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, эозинофилы – 4%, эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, тромбоциты – 325×109 /л. Общий анализ мочи: цвет – бурый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, удельный вес – 1009, белок – 0,8‰, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные, покрывают всё поле зрения, зернистые цилиндры – 3–4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, альфа-1- глобулины – 3%, альфа-2-глобулины – 17%, бета-глобулины – 12%, гамма-глобулины – 17%, глюкоза – 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 18 мкмоль/л (норма – 3,4–20,7 мкмоль/л), билирубин прямой – 0,8 мкмоль/л (норма – 0,83–3,4 мкмоль/л), ALT – 23 Ед/л, AST – 28 Ед/л, мочевина – 15,2 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 188 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), цистатин С – 1,7 мг/л (норма – до 1,2 мг/л), холестерин – 3 ммоль/л, СРБ – 1,4 мг/дл (норма – до 0,05 мг/дл), калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте назначения. 4. Какие исследования необходимо провести для уточнения функционального состояния почек? Обоснуйте ожидаемые результаты исследований. 5. Каковы Ваши рекомендации по лечению пациента?
	69.	На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на кожный зуд и высыпания в области щёк у 6 месячного ребёнка. Мальчик находится на естественном вскармливании. Высыпания и зуд появились 2 недели назад после употребления матерью креветок. При дополнительном расспросе выяснилось, что отец страдает поллинозом, а у матери ребёнка в детстве был диатез. При осмотре мальчика отмечается яркая отёчная эритема кожи щёк, множественные микровезикулы, мокнущие точечные эрозии и серозные корки. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы антигистаминных лекарственных средств Вы бы рекомендовали ребёнку 6 месяцев с данным диагнозом в составе комбинированной терапии согласно федеральным клиническим рекомендациям? Обоснуйте свой выбор. 5. При повторной консультации через 7 дней отмечается существенное уменьшение интенсивности кожного зуда. В общем анализе крови обнаружена эозинофилия (8%). При определении методом ИФА уровня общего иммуноглобулина Е отмечается повышение его содержания до 75 МЕ. Какова Ваша дальнейшая тактика лечения и наблюдения?

	70.	На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с сыном 2 лет. Жалобы на небольшую одышку при беге, бледность. Анамнез заболевания: в месяц обнаружен шум в сердце. Указанные жалобы появились в последние 6 месяцев. Ребёнок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом (тошнота, рвота) в I половине. В 7-8 недель беременности женщина перенесла грипп. Роды в 38 недель, Масса при рождении – 3100 г, длина – 54 см. Перенесённые заболевания: ОРЗ до 6-8 раз в год, острый бронхит – 2 раза в течение последних 6 месяцев. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, ЧД – 28 в минуту. В области сердца - небольшой сердечный горб, верхушечный, толчок разлитой, приподнимающий. При пальпации - определяется дрожание во 2 межреберье слева, пульс высокий и быстрый, ЧСС – 105 в минуту, АД – 105/35 мм рт.ст. При перкуссии сердца: правая граница – по парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Выслушиваются 2 тона, акцент II тона над лёгочной артерией. Выслушивается систоло-диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины, проводится на спину. Печень, селезёнка не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - 3,8×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, ретикулоциты - 8‰, тромбоциты - 310×109 /л, лейкоциты - 6,3×109 /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 35%, лимфоциты - 55%, моноциты - 5%, СОЭ - 8 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес -1020, белок, эритроциты, лейкоциты - нет. ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 105 в минуту, отклонение ЭОС влево, RV5-6 + SV1-2 = 41 мм, зубец Т сглажен. **Вопросы:** 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4.Определите тактику ведения пациента. 5.Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.