



ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра педиатрии ИПО

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАЧ

**для переводной аттестации клинических ординаторов
по специальности ПЕДИАТРИЯ**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой педиатрии ИПО
д.м.н. профессор Таранушенко Т.Е.
«...01...»июня2020 г.

Задача №1.

В приемное отделение доставлена девочка 13 лет с обильным маточным кровотечением. В последние 1,5 года отмечает частые носовые кровотечения, повышенную «синячковость». Объективно: состояние ребенка тяжелое. Кожа бледная, влажная, с множественными геморрагиями на конечностях, туловище. Геморрагии полиморфные, полихромные. На слизистой рта несколько участков кровоизлияния. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. На верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум. ЧСС 90 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. АД 110/68 мм.рт.ст. Живот мягкий, слабо болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Нв - 90 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$, лейкоциты - 11×10^9 , тромбоциты - 32×10^9 , ретикулоциты - 5%. Формула: э-6%, б-3%, п.я.-12%, с.я.-55%, лимфоциты-20%, моноциты-4%. СОЭ-12 мм/ч. ЦП-0,9. Анализы мочи без особенностей.

Задания к задаче:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Оцените анализ крови.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Дифференциальная диагностика?
5. Расскажите принципы диспансеризации пациентки.

Задача №2.

Девочка С., 6 лет поступила на обследование в нефрологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области, животе, субфебрильную температуру в течение недели, частые мочеиспускания, слабость, утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза: девочка от первой

беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. На первом году жизни у ребенка отмечался атопический дерматит, на 2-ом году – обструктивный бронхит, на 3-ем году появились в анализах мочи микрогематурия, лейкоцитурия, оксалурия. Наследственность: у матери имеет место неуточненный характер гематурии, а у деда по линии отца диагностирована МКБ. Наблюдалась по месту жительства с диагнозом: инфекция мочевыводящих путей, неуточненного генеза. Получала лечение: амоксициллин, фитотерапия. При объективном обследовании: температура 38,5°C, бледность кожных покровов, сухость, пастозность лица, болезненность правых мочеточниковых точек, а также реберно-позвоночной точки справа. Клинический анализ крови: Нв 122 г/л, Эр $4,1 \times 10^{12}$ /л, Л $12,6 \times 10^9$ /л (п/я 9%, с/я 56%, э 2%, л 31%, м 2%), СОЭ 46 мм/час. Клинический анализ мочи: уд. вес 1004, белок 0,8 г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения, эритроциты измененные 8-10 в п/з, бактерии +++.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные общие и лабораторные методы обследования.
3. Проведите дополнительные инструментальные исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите тактику при отсутствии клинического улучшения в течение 48-72 часов от начала лечения.

Задача №3.

Мальчик 14 лет, боли в эпигастрии с 9-летнего возраста. Наследственность отягощена - у дедушки и отца язвенная болезнь желудка. Последний год у мальчика отмечается ухудшение состояния, стал более раздражительным, сон беспокойный, появилось отчетливая сезонность обострений, мойнигановский ритм болей. Последние 2 недели беспокоят интенсивные приступообразные боли в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, поздние; иногда возникает рвота, без примесей крови. При пальпации живота - мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. ФГДС: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК. На слизистой оболочке луковицы ДПК овальной формы дефект размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями. Тест на хеликобактер пилори положительный.

Задания к задаче:

1. Предварительный диагноз?
2. Каков план лечения?
3. Какие препараты наиболее эффективны для подавления кислотности?
4. Обязательна ли эрадикация хеликобактер пилори?
5. Как долго будет проводиться лечение данного обострения?

Задача №4.

Девочка 4 года 4 месяца поступила в стационар с жалобами на сонливость, выпадение волос, слабость, отсутствие аппетита, плохую прибавку в массе и частые простудные заболевания. Беременность матери протекала с анемией во 2 половине. При осмотре: кожа и слизистые резко бледные с мраморным рисунком, подкожно-жировой слой развит недостаточно. При нагрузке появляется одышка, тахикардия до 116 в мин. Волосы сухие и тусклые, ногтевые пластинки истончены, слоятся. При аускультации – систолический шум на верхушке сердца. Со стороны других органов отклонений нет. В развернутом анализе крови: Нв – 65г/л, эритроциты – $2,3 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 0,4, лейкоциты – $7,2 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: э-2, п/я-3, с/я-46, лимф.-45, м-4. СОЭ – 10 мм/час; тромбоциты- $190 \cdot 10^9$ /л; ретикулоциты – 15%, гипохромия +++; анизоцитоз ++. В биохимическом анализе крови: сывороточное железо – 5 ммоль/л.

Задания к задаче:

1. Поставить диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Назовите причинные факторы данного заболевания; критерии степени тяжести и стадии заболевания.
4. Расскажите методы оценки транспортного фонда железа.
5. Укажите срок диспансерного наблюдения.

Задача №5.

Мальчик 8 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, L– $18,6 \cdot 10^9$ /л, п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Предположительная этиология
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Расскажите методы профилактики.

Задача №6.

Больной К., 15 лет, госпитализирован в кардиологическое отделение. Два года назад перенес тяжелую ангину, с лихорадкой, регионарной лимфоаденопатией, лечился дома 7 дней ампициллином. Через 2 недели отмечал боль в коленных, затем голеностопных суставах, к врачу не обращался. После медосмотра в военкомате направлен на консультацию к кардиологу. Объективно: астенического телосложения, кожа чистая, бледно-розовая. Температура 36,6 С. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧД – 24 в минуту. При осмотре обращает внимание пульсация сосудов шеи. Верхушечный толчок определяется на глаз, высокий, разлитой, смещен влево на 1,5 см от среднеключичной линии. Аускультативно: отчетливый протодиастолический шум во втором межреберье справа, на верхушке систолический шум. ЧСС 100 уд/мин. АД 120/60 мм. рт. ст. Пульс напряжен, высокий, пульсация капилляров ногтевого ложа. Живот безболезненный, печень +2,0 из-под реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Клинический анализ крови: Hb - 130г/л, эр - 4,2; L - $6,9 \cdot 10^9$; э - 3; л - 58; с/я - 35; м - 4, СОЭ – 10 мм/час. На ЭКГ: синусовая аритмия с ЧСС 76-100. Отклонение электрической оси влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. С чем связана пульсация сонных артерий и как называется данный симптом. Чем может быть обусловлен систолический шум?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Обозначьте тактику ведения и лечения больного.

Задача №7.

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200×10^9 /л, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные,

безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Общий анализ крови: Нб - 86 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - единичные, Лейк - 198×10^9 /л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час. Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакарициты - не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 мг/л, реакция Панди - +++, бласты - 10%.

Задания к задаче:

1. Назовите предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Расскажите принципы неотложной помощи и терапии пациента.
4. Определите прогноз заболевания.
5. Обозначьте план диспансерного наблюдения.

Задача №8

Мальчик 2 г, заболел с кашля, приступообразного, навязчивого, на следующий день повысилась температура до 38,5 С, был осмотрен участковым педиатром, назначен макропен, на третий день болезни появилась одышка, недомогание, машиной скорой помощи был госпитализирован в стационар. При поступлении состояние близко к тяжелому, температура 37,6 С, одышка 52-56 в мин, бледный, мраморность кожного покрова, грудная клетка вздута, напряжена, перкуторно коробочный звук, при аускультации мелкопузырчатые хрипы по всем полям. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 148 в минуту. Проведено обследование. Анализ крови клинический: Нб 106 г/л, L $6,4 \times 10^9$ /л, п 27%, с 35%, л 38%, СОЭ 15%.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предположите возбудителя заболевания.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план профилактического наблюдения.

Задача №9.

Семён М., 11 лет, осмотрен педиатром в связи с избыточным весом.

Из анамнеза: двигается мало, диету не соблюдает, предпочитает высококалорийную пищу (выпечка, колбасные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки и др.), аппетит повышен. Жажды нет. У мамы

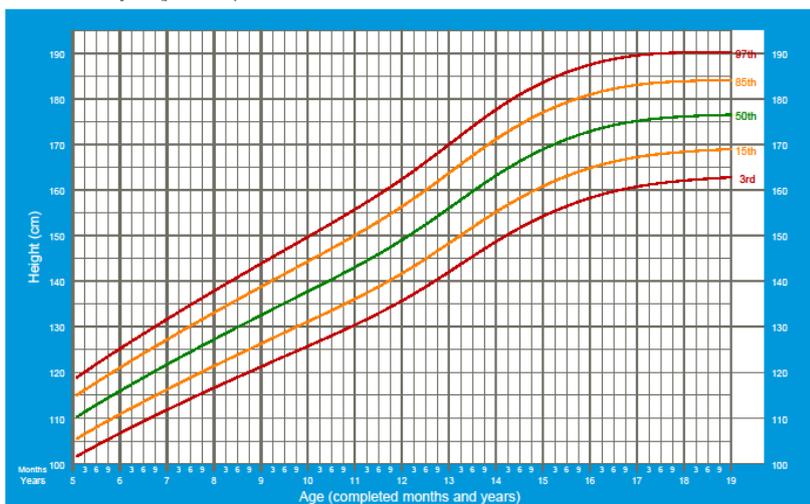
и бабушки (по материнской линии) – избыточный вес, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 142 см, масса тела 65 кг. Память сохранена, обучается в общеобразовательной школе (средний балл 4,7). Кожа обычной окраски, умеренной влажности. На бёдрах, животе – стрии белого цвета. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределён равномерно. Тоны сердца ритмичные, акцентированы, ЧСС 95 уд. в мин., АД 130/80 мм. рт. ст. Костная система без деформаций. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Половое развитие допубертатное. Мочеиспускание свободное, стул ежедневно, оформлен. Биохимический анализ крови: холестерин – 7,6 ммоль/л, индекс атерогенности – 5,8%.

Задания к задаче:

1. Оцените физическое развитие пациента.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Оцените биохимический анализ крови. Что такое индекс атерогенности?
4. Назначьте дополнительное обследование пациенту.
5. Дайте пациенту рекомендации по питанию и образу жизни.

Height-for-age BOYS

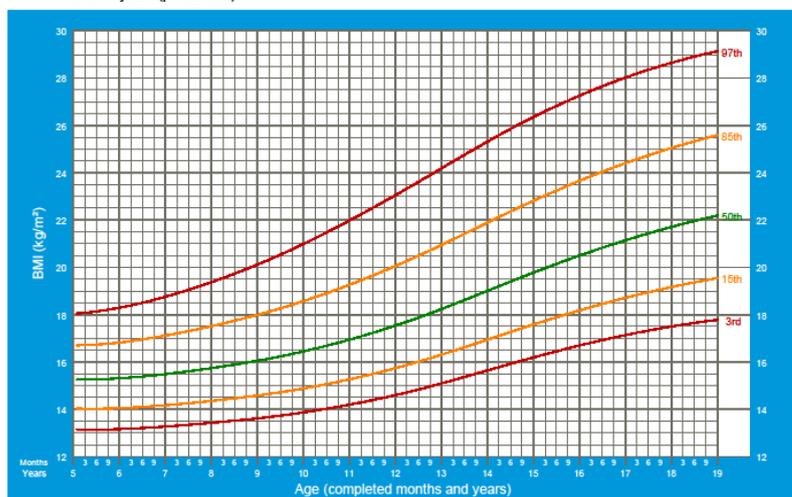
5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

Задача №10.

На приеме участкового педиатра ребенок в возрасте 2 месяца 1 неделя. Родители высказывают жалобы на появление эпизодов выраженного беспокойства дочери (крик до 4-5 часов во второй половине дня), учащение стула до 5-7 раз в сутки и появление прожилок крови и слизи в стуле в течение 4 дней. Девочка на смешанном вскармливании в течение трех недель – докорм смесью «Фрисовом» по 80 мл на кормление. Из анамнеза: родилась от молодых здоровых родителей, 1-й физиологической беременности, на сроке 38 недель. Масса тела при рождении 3150г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, выписана на 4-е сутки. Прибавки в массе – 800г, 750г. Семейный анамнез отягощен – у папы, дяди и дедушки по линии папы аллергический ринит, поллиноз (сенсibilизация к бытовым аллергенам, пыльце березы). При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы чистые, розовые. Температура тела нормальная. Физиологические рефлексы вызываются. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧД – 36 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС – 134 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у 2 см, край эластичный, селезенка не пальпируется. Стул осмотрен – с обилием слизи и большим количеством прожилок крови.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Если для подтверждения диагноза требуются дополнительные исследования – укажите, какие.
3. Назначьте лечение.
4. Объясните, когда будет получен эффект от назначенного лечения.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка.