

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 21:11:51  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры  
детской хирургии и педиатрии ИНО  
протокол № 2 от «20» октября 2025 г.  
заведующий кафедрой детской  
хирургии и педиатрии ИНО, д.м.н.,  
доцент В.П. Гаврилюк

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
31.08.19 – Педиатрия**

**Разработчики рабочей программы:**

Заведующий кафедрой детской хирургии и педиатрии ИНО, д.м.н., доцент В.П. Гаврилюк,  
доцент кафедры детской хирургии и педиатрии ИНО, к.м.н., доцент Е. Н. Хохлова

Программа государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия обсуждена на заседании ученого совета Института непрерывного образования протокол № 3 от 16.12.2025 г.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.19 Педиатрия.

**1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия должен обладать следующими **компетенциями**:

<b>Компетенция</b>		<b>Логическая связь с дисциплинами учебного плана</b>
<b>Код</b>	<b>Формулировка</b>	
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Педиатрия Общественное здоровье и здравоохранение Патология Педагогика Профилактика заболеваний и основы здорового образа жизни Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Педиатрия Медицина чрезвычайных ситуаций Коммуникативные навыки Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным	Педагогика Государственная итоговая аттестация

	<p>профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	
ПК-1	<p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Педиатрия Профилактика заболеваний и основы здорового образа жизни Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация</p>
ПК-2	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p>	<p>Педиатрия Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация</p>
ПК-3	<p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p>Медицина чрезвычайных ситуаций Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация</p>
ПК-4	<p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p>	<p>Общественное здоровье и здравоохранение Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация</p>
ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Педиатрия Патология Онконастороженность Паллиативная помощь Детская гематология Генетика Производственная (клиническая) практика (базовая)</p>

		Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	Педиатрия Паллиативная помощь Неотложная помощь Детская гематология Основы доказательной медицины Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций Обучающий симуляционный курс Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно- курортном лечении	Педиатрия Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Педиатрия Общественное здоровье и здравоохранение Педагогика Профилактика заболеваний и основы здорового образа жизни Коммуникативные навыки Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная

		(клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Педиатрия Общественное здоровье и здравоохранение Медицинская информатика Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Общественное здоровье и здравоохранение Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация

## 2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования — программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

### **3. Программа государственного экзамена**

3.1 Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА.

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап — тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап — итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета.

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3 При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены государственной экзаменационной комиссии (ГЭК) с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4 По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### **Критерии оценки результатов государственного экзамена**

<b>Оценка в баллах</b>	<b>Содержание ответа</b>
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

## 4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

### 4.1 Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей. Причины, клиника.
2. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей. Дифференциальная диагностика, лечение.
3. Кардиты у детей. Клиника в зависимости от возраста. Дифференциальный диагноз.
4. Кардиты у детей. Лечение. Принципы реабилитации. Диспансерное наблюдение.
5. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Классификация, диагностика, лечение.
6. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, профилактика, диспансеризация
7. Острая ревматическая лихорадка. Диагностика.
8. Острая ревматическая лихорадка. Лечение, принципы диспансерного наблюдения.
9. Инфекции мочевой и половой системы (вульвиты, циститы, пиелонефриты). Этиология. Клиника. дифференциальная диагностика.
10. Инфекции мочевой и половой системы (вульвиты, циститы, пиелонефриты). Принципы лечения. Диспансеризация.
11. Гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
12. Гломерулонефрит. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация.
13. Острая и хроническая почечная недостаточность. Диагностика. Показания к перитонеальному диализу
14. Энурез, нейрогенный мочевой пузырь, принципы дифференцированного подхода к лечению.
15. Острые аллергические состояния: отек Квинке, крапивница, анафилактический шок. Клиника, врачебная тактика на догоспитальном и госпитальном этапах.
16. Бронхиальная астма, эпидемиология, патогенез, современная классификация.
17. Бронхиальная астма, клиника различных форм. Особенности вирусиндуцированной формы бронхиальной астмы
18. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Классификация. Синдром раздраженного кишечника. Этиология.
19. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Гастродуодениты. Этиология. Патогенез. Клиника.
21. Гастродуодениты. Дифференциальная диагностика. Лечение и реабилитация детей с гастродуоденальной патологией в условиях поликлиники.
22. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика, дифференциальный диагноз.
23. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания для консультации хирурга. Принципы этапного лечения
24. Хронический холецистит, желчекаменная болезнь, критерии диагностика.
25. Хронический холецистит, желчекаменная болезнь, принципы лечения. Показания для хирургического лечения.
26. Физиология и патология щитовидной железы. Диагностика заболеваний щитовидной железы. Классификация.
27. Физиология и патология щитовидной железы. Лечение. Йоддефицитные заболевания.

28. Ожирение. Классификация. Диагностика. Понятие метаболического синдрома.
29. Ожирение. Лечение. Прогноз. Профилактика.
30. Сахарный диабет. Классификация. Диагностика. Лечение.
31. Сахарный диабет. Критерии компенсации. Неотложные состояния при сахарном диабете. Поздние осложнения.
32. Менингококковая инфекция. Клиника. Дифференциальная диагностика.
33. Менингококковая инфекция. Неотложная терапия на догоспитальном и госпитальном этапах. Профилактика
34. Туберкулез, особенности у детей раннего возраста и подростков. Клиника. Дифференциальный диагноз. Профилактика
35. Бронхиты. Этиология. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности бронхолитов.
36. Бронхиты. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
37. Пневмонии. Этиология, классификация, клиника различных форм, диагностика, роль, рентгенодиагностики.
38. Пневмонии. Особенности течения в зависимости от этиологии - типичные и атипичные пневмонии. Дифференциальный диагноз. Легочные и внелегочные осложнения.
39. Пневмонии. Лечение внебольничной, госпитальной пневмоний на фоне иммунодефицита. Принципы реабилитации.
40. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. Показания к срочной хирургической коррекции.
41. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. Лечение и профилактика осложнений.
42. Дифтерия. Клиника, особенности течения на современном этапе. Дифференциальная диагностика.
43. Дифтерия. Принципы лечения. Профилактика.
44. Синдром крупа у детей. Этиология. Клиника. Принципы неотложной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах.
45. Неотложная терапия при инфекционных болезнях (инфекционно-токсический шок, нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом).
46. Острые кишечные инфекции. Этиологическая структура ОКИ. Особенности течения вирусных диарей.
47. Острые кишечные инфекции. Диагностика. Лечение. Профилактика
48. Особенности клинического течения воздушно-капельных инфекций с экзантемами (ветряная оспа, корь) на современном этапе, лечение.
49. Особенности клинического течения воздушно-капельных инфекций с экзантемами (краснуха, скарлатина) на современном этапе, лечение.
50. Энтеровирусные инфекции. ЕСНО и Коксаки энтеровирусная инфекция. Клинические варианты. Полиомиелит. Эпидемиологические особенности. Профилактика.
51. Энтеровирусные инфекции. Острые вялые параличи (ОВП), тактика ведения.
52. Энтеровирусные инфекции. Вакцинопрофилактика полиомиелита (ВАП), критерии диагностики.
53. Острые вирусные гепатиты. Особенности течения на современном этапе. Дифференциальный диагноз.
54. Острые вирусные гепатиты. Лечение. Профилактика. Диспансеризация
55. Гельминтозы. Классификация (нематоды, цестоды, трематоды). Клиника острой и хронической стадии гельминтозов.
56. Гельминтозы. Эпидемиология. Диагностика. Лечение.
57. Острые респираторные вирусные инфекции. Общая характеристика группы. Патогенез.
58. Острые респираторные вирусные инфекции. Клиника. Диагностика. Лечение.

59. Коклюш. Этиология. Эпидемиологические особенности. Патогенез
60. Коклюш. Клинические признаки болезни. Диагностика. Показания к госпитализации. Лечение
61. Столбняк. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Исходы.
62. Столбняк. Диагностика. Лечение. Профилактика. Осложнения

## 4.2 Ситуационные задачи

1. Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр -  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. -  $256 \times 10^9/л$ ; лейкоц. -  $13,6 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1 мкмоль/л; мочевины - 1,14 ммоль/л;  $K^+$  - 5,3 ммоль/л;  $Na^+$  - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
  2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
  3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
  4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
  5. Какова врачебная тактика в данном случае?
  6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?
2. Мальчик 6 лет 10 месяцев. Масса тела 17,0кг (+1,4кг). Длина тела 108см (+ 2см). Окружность головы 52см. Окружность грудной клетки 58см. ЧСС 94 в 1 мин. ЧД 24 в 1 мин. Постоянных зубов – нет. Острота зрения: 1,0 на оба глаза. Острота слуха: шепотная речь 6 м.

Анамнез: Социальный анамнез: семья неполная. Мать со средним образованием, работает продавцом на рынке; курит, употребляет алкоголь 2-3 раза в неделю; отец с семьей не живет, в воспитании сына участия не принимает. В семье еще два ребенка 4 и 10 лет. С 2-х лет посещает ДДУ. Генеалогический анамнез: наследственность, со слов матери, неотягощена. Биологический анамнез: родился доношенным, от II физиологически протекавшей беременности, затяжных родов; по шкале Апгар 7/9 баллов. Масса при рождении 3100г, длина 50см. На 1-м году жизни наблюдался неврологом по поводу интранатального поражения ЦНС с синдромом мышечной дистонии. К 1 году с учета снят. В психомоторном развитии отставал на 1 месяц до 9-месячного возраста. Привит по возрасту.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 4 года, краснуха в 5 лет, последняя ОРВИ 1 год назад.

Жалобы головные боли к вечеру, после нагрузки, 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно; эмоциональную лабильность, вспыльчивость. Лечения не

получает.

Объективные данные: При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Миндалины не увеличены. Лимфоузлы без особенностей. Мышечный тонус несколько снижен в конечностях. Отмечаются «крыловидные лопатки», выпячивание живота, увеличение физиологической кривизны поясничного лордоза. Тест на сколиоз отрицательный. Плантограмма: стопы уплощены. По внутренним органам патологии не выявлено. Отмечаются высокие сухожильные рефлексы с рук и ног. НПР: мышление, моторика, внимание, память соответствуют возрасту. Социальные контакты: бывает неадекватно агрессивен, груб. Дополнительные сведения: Посещает подготовительную группу ДООУ. В настоящее время остается дефект произношения звуков «с, з, ж, ш» (сигматизм). Профилактический осмотр проведен в мае месяце вместе с оценкой «школьной зрелости». Тест Керна-Ирасека: срисовывание фразы – 3 балла, срисовывание группы точек – 4 балла, рисунок человека – 4 балла. Желание учиться в школе не сформировано. Лабораторные данные: Общий анализ крови: Эр. –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв – 120 г/л, лейкоц. –  $6,7 \times 10^9/л$ , эоз. – 2%, сегм. – 62%, лимф. – 28%, мон. – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: без особенностей.

Вопросы:

1. Проведите комплексную оценку состояния здоровья. Определите группу здоровья. Определите биологический возраст.
2. Дайте характеристику полноты объема обследования ребенка перед поступлением в школу.
3. Оцените, готов ли данный ребенок к обучению в школе. Перечислите основные критерии готовности ребенка к обучению в школе.
4. Дайте прогноз адаптации к школе данному ребенку.

3. Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900.

В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $7,0 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с – 34%, эоз – 3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч. Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного. Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?

#### 4. Лечебная тактика

#### 5. Прогноз данного заболевания

4. Мальчик М. 9 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на раздражительность, периодические головные боли, быструю утомляемость, чувство нехватки воздуха, ночное недержание мочи.

Со слов родителей, ночное недержание мочи отмечается с раннего детства без светлого промежутка, чаще в первой половине ночи. Мальчик очень крепко спит, трудно просыпается. Из анамнеза выяснено, что родился от 1 беременности, протекавшей с гестационным ПН, симптомами гипоксии плода. Наблюдался у невропатолога с диагнозом: энцефалопатия, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. В 5 летнем возрасте была травма черепа без потери сознания.

Объективный статус: Правильного телосложения, среднего физического развития. Кожные покровы бледные, дермографизм розовый, стойкий, ладони влажные, кисти рук холодные. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над верхушкой сердца, выраженность которого резко уменьшается в вертикальном положении. Пульс 76 уд. в мин. Артериальное давление 95/55 мм р.ст. Наружные половые органы без особенностей. Мочеиспускание учащенное по 50-60 мл, энурез 2-3 раза в неделю. Мальчик легко возбудим, рефлексы живые, патологических рефлексов нет.

#### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой план обследования Вы назначите ему на поликлиническом этапе?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза в условиях специализированного стационара?
4. С какими специалистами следует консультировать больного для уточнения диагноза?

5. Мальчик, 13 лет предъявляет жалобы на головную боль, возникающую во время уроков в школе, после эмоционального напряжения или смены погоды. Боли появились около года назад. Приступы головной боли проходят после приема анальгетиков или длительного отдыха. В течение последних 3 месяцев у мальчика неоднократно было зарегистрировано повышенное артериальное давление. Лечение ребенок не получал.

Акушерский анамнез не отягощен. Развитие соответствует возрасту. Состоит на диспансерном учете по поводу хронического пиелонефрита. Мать ребенка страдает хроническим пиелонефритом, у бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, отец здоров.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура тела нормальная, кожные покровы физиологической окраски, на лице имеется угревая сыпь. Тонзиллярные лимфоузлы не увеличены, миндалины гипертрофированы. Дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. В положении лежа выслушивается систолический шум на верхушке сердца, исчезающий в положении стоя. ЧСС 98 в мин. АД 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

#### Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данной ситуации?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Можно ли предполагать наличие у ребенка эссенциальной формы АГ?
4. Можно ли считать состояние ребенка на момент поступления

гипертоническим кризом? Объясните Ваше утверждение.

5. Какие лечебные мероприятия Вы будете проводить по поводу этого заболевания?

6. Диспансерное наблюдение ребенка

6. Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка. В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заезды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлиннен. ЧД – 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: первая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: Нb – 118 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $5,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%,

с – 48%, э – 14%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
  2. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка.
  3. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае?
  4. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
  5. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
  6. Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?
7. Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до  $39^{\circ}C$ . 2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до  $39^{\circ}C$ , слабость, вялость, снижение аппетита; появились отеки и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину. Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно-ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %,  $\alpha$ 1-глобулины – 4%,  $\alpha$ 2-глобулины – 15%,  $\beta$ -глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевины – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л. Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы Т в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6. ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией

8. Ребенок 2 месяца, родился с массой 3600 г, от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных самостоятельных родов, на смешанном вскармливании, не болел. Заболевание началось 2 дня назад, у ребенка появилась температура до 38°C, появилось беспокойство, нарушение сна, отказ от еды. Отмечались всхлипывание, частый кашель, частое, затрудненное дыхание, цианоз носогубного треугольника. Одышка и цианоз усиливались во время кашля и сосания. На 2-й день состояние не улучшилось и мать вызвала участкового педиатра, ребенок был госпитализирован?

При поступлении в стационар отмечались жалобы на кашель, отказ от груди, фебрильную температуру тела.

Объективно: состояние тяжелое, ребенок беспокоен, часто кашляет, срыгивает, ЧД 60 в мин, периоральный цианоз, усиливающийся при кашле и плаче. Кожные покровы бледные. Температура 38,2°C. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отмечается втяжение межреберных промежутков. Сердечные тоны приглушены ЧСС 140 в мин. Перкуторно: укорочение перкуторного звука справа выше угла лопатки, здесь же выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, слегка вздут. Печень на 3 см ниже реберной дуги. Стул разжижен, желтого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущие клинические синдромы.
3. Назначьте план обследования.
4. Обозначьте основные направления терапии.
5. Определите прогноз.
6. Составьте план диспансерного наблюдения

9. Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые. На коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 36 в мин., сердечные тоны отчетливые, ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи, желтый.

Общий анализ крови: Нв – 186 г/л, Эр –  $5,6 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. – 0,94, Лейк –  $6,4 \times 10^9/л$ ; п/я – 5%, с/я – 42%, э – 1%, л – 45%, м – 7%; СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2-3 в п/з, цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребенка. Сделайте заключение. Обоснуйте.
2. Дайте рекомендации по вскармливанию и уходу за новорожденным.
3. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-й месяц жизни ребенка.

10. Ребенок Костя М., 7 лет. Известно, что ребенок от 2-ой нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов, при рождении масса 3100 г, длина 50 см. Развивался по возрасту, болел острыми респираторными инфекциями 1-2 раза в год, перенес ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту. При диспансерном обследовании в 6 лет у мальчика было обнаружено увеличение размеров печени, при б/х исследовании крови выявлено повышение активности АлАТ и АсАТ в 3раза. Направлен на обследование в республиканскую клиническую инфекционную больницу.

При поступлении состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое, жаловался на слабость и утомляемость. Мальчик удовлетворительного питания, кожа и склеры нормальной окраски. На коже лица и на тыле кисти правой руки имеются телеангиэктазии. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, слегка болезненный в точке желчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из подреберья на 2,5 см, селезенка пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги.

В б/х анализе крови: билирубин общий – 12 мкмоль/л, билирубин конъюгированный – 5 мкмоль, АлАТ – 220 ед, АсАТ – 170 ед, общий белок – 82 г/л, альбумины – 43,5%, гаммаглобулины – 23%, тимоловая проба – 5 ед. Клинический анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}$ , Цв.показатель – 0,9, лейкоциты –  $4,8 \times 10^9$ , эозинофилы – 1%, п/я – 1%, с/я – 39%, лимфоциты – 57%, моноциты – 2%, тромбоциты –  $200 \times 10^9$ , СОЭ – 3 мм/час. Клинический анализ мочи: без патологии. Данные серологии на маркеры вирусов гепатита: HBs Ag «-», анти-HBc общие «-», анти-HCV+, РНК HCV+. При УЗ-сканировании выявлен умеренный фиброз ткани печени, желчный пузырь гипертоничный с перетяжкой в области шейки.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие основания были для постановки диагноза?
3. Укажите возможные варианты эпидемиологического анамнеза.
4. Исходы данного заболевания.
5. Назначьте лечение

11. Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспептических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД - 85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырьные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона.

Общий анализ крови: Эр -  $2,8 \times 10^{12}$ /л; Нв - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50% - 5%. анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк -  $8,7 \times 10^9$ /л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты -  $390 \times 10^9$ /л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут. Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 13%, гамма - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++). Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и

выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности. Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ? 4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта? 5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?

12. Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет O (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр -  $3,1 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. -  $256 \times 10^9$ /л; лейкоц. -  $13,6 \times 10^9$ /л; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1 мкмоль/л; мочевины - 1,14 ммоль/л;  $K^+$  - 5,3 ммоль/л;  $Na^+$  - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

13. Мальчик 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 разжижен и обильный.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез неотягощен. Прививки по возрасту. У матери 34 лет – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: ребенок ростом 136 см, массой 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 в минуту, АД – 95/60 мм рт.ст., дыхание везикулярное, без хрипов. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейро-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительны.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. План лечения данного ребенка.
4. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

14. Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $202 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $12,6 \times 10^9/л$ , п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06%, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины:  $\alpha_1$  – 11%,  $\alpha_2$  – 10%,  $\beta$  – 5%,  $\gamma$  – 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5). Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Составьте план лечения больного.
6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

15. Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи. Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протеинурии и эритроцитурии.

Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено.

Данные проведенного обследования: Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, лейкоциты –  $7,3 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9 г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5–10 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500, эритроциты – 120000, цилиндры – 2000.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

16. Дима К., 9 лет, 2 месяца назад на фоне общего благополучия, через 1 час после ужина почувствовал острую боль в животе в области правого подреберья и пупка. Ребенок был доставлен в хирургическое отделение детской больницы. На основании данных, полученных при проведении общего осмотра, ультрасонографии, анализов крови и мочи, был поставлен диагноз «Калькулезный холецистит». Оперативно ребенку был удален желчный пузырь. При макроскопическом осмотре желчного пузыря в его полости обнаружен единичный конкремент размером 20x21мм. Раннее течение послеоперационного периода – без особенностей. Выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели после операции ребенок стал предъявлять жалобы на тошноту, чувство «тяжести» и тупую ноющую боль в эпигастральной области и правом подреберье через 20-30 минут после еды. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, частично непереваренный. Раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез: Отец ребенка здоров, мать и бабушка были прооперированы по поводу желчнокаменной болезни в возрасте 35 лет.

При осмотре: рост 140 см, масса 35 кг, кожа бледная, чистая, зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр -  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; Лейк , -  $7,2 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 25 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 95 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 180 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ЛПОНП – 0,9 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь не определяется, ложе желчного пузыря чистое. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки утолщены. Поджелудочная железа: головка 22мм (норма 16), тело 16 мм (норма 15), хвост 21 мм (норма 16), эхогенность всех отделов снижена, структура неоднородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. В чём заключается патогенез нарушения пищеварения после удаления желчного пузыря?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите показания к оперативному и консервативному лечению
5. Какие группы препаратов должны быть назначены для лечения этого заболевания?
6. Каков прогноз заболевания

17. На приеме девочка О., 6 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала бисептол с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась плаксивость, повышенная утомляемость, размашистые неkoordinированные движения. Ребенок осмотрен

участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Клиническая симптоматика была расценена как проявления астенического синдрома, синдрома навязчивых движений, назначена метаболическая, седативная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются непроизвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожный покров бледно-розовый. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца: I тон приглушен, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область и не исчезает в ортостазе. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты -  $217 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $4,4 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 46%, лимфоциты - 48%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют. Иммунологические показатели: АСЛО - 1:2500 (норма до 1:200). ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 уд./мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз по современной классификации.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Что является показанием для назначения глюкокортикостероидной терапии?
6. Оцените прогноз заболевания

18. Девочка 4-х лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на выраженный отек губ и лица, кашель, появление уртикарных элементов по всем кожным покровам, боли в животе. Накануне поступления в стационар девочка употребляла в пищу орехи и яблочный сок. Из анамнеза известно, что у ребенка в 3 года в апреле, мае наблюдался выраженный зуд глаз, частое чихание, появление обильного слизистого отделяемого из носа. В раннем возрасте отмечались явления атопического дерматита в виде пятнисто-папулезной зудящей сыпи на коже лица, рук, ног, животе. У отца ребенка явления сезонного риноконъюнктивита.

При осмотре: отек мягких тканей лица. На коже уртикарии диаметром до 5-8 см, отек конечностей. Беспокоит интенсивный кожный зуд. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был накануне без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено.

Клинический анализ крови: Hb- 121 г/л, эр- $4,26 \times 10^{12}/л$ , лейкоц -  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 57%, э-13%, б-0%, лимф -20%, мон - 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Какие диетические рекомендации Вы дадите родителям ребенка?
6. Каков прогноз заболевания?

19. Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного полорождения до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес.

Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- 4,8x10<sup>12</sup>/л, ЦП - 0,88, ретик.- 0,2%, лейкоц. -8,8x10<sup>9</sup>/л, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч. Посев кала на патогенную флору: отрицательный. Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет. Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевины - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л. Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
5. Лечение профилактические мероприятия 6. Каков прогноз заболевания?

20. Мальчик 5 лет заболел внезапно в детском саду. В 13 часов температура тела 40,0 С, сильная головная боль, рвота 3 раза. Врач неотложной помощи поставил диагноз «Грипп». После введения литической смеси состояние не улучшилось, в связи с чем ребенок был госпитализирован. Дома и в детском саду все здоровы.

При поступлении состояние очень тяжелое. Ребенок бледен, в сознании, отмечалась повторная рвота. На коже бедер и внизу живота единичные элементы геморрагической сыпи. Кашля, насморка нет. Зев умеренно гиперемирован, без

налетов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 140 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезенка не пальпируется. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон, красный дермографизм.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте необходимый план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду и дома?

21. Девочка Маша К., 9 лет поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Из анамнеза известно, что в течение последних месяцев девочка часто болеет, быстро устает, аппетит снижен, снизилась успеваемость в школе.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура тела не повышена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. По всему телу петехии и экхимозы. Отмечается незначительное кровотечение из носа, кровоточивость десен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Стул регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb - 64г/л, эритроциты  $2,1 \times 10^{12}/л$ , ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты  $1,7 \times 10^9/л$ , сегментоядерные - 7%, палочкоядерные - 4%, лимфоциты - 86%, эозинофилы - 1%, моноциты - 2%, СОЭ 28 мм/час. Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 8%, эритроидный росток 6%, мегакарициты не найдены. Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1018, белок следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Назовите современные методы лечения данной патологии. На чем они основаны?
6. Оцените прогноз заболевания

22. При повторном осмотре на дому мальчика К., 8 лет, больного ОРВИ, врач отметил усиление сухого кашля, появление признаков дыхательной недостаточности. В течение последних 2х лет ребенок страдает ОРВИ 1 раз в 2 месяца. Подобные симптомы отмечались ранее практически во время каждого эпизода ОРВИ. Из анамнеза известно, что мальчик от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200гр, длина 51см, на естественном вскармливании до 6-ти мес. Психоло-

моторное развитие по возрасту. На 2-ом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Наследственность: у матери - пищевая аллергия; отец - здоров, курит; у бабушки по материнской линии - хроническое заболевание бронхолегочной системы.

При осмотре: Температура тела 38,6°C. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, затрудненный выдох с участием мышц плечевого пояса. Над легкими перкуторно определяется коробочный звук, аускультативно в легких сухие свистящие хрипы. ЧДД 32 в мин. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 108 ударов в минуту. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Нв 124 г/л, Эр — 4,3 x10<sup>12</sup>/л, Лейкоциты - 10,2x 10<sup>9</sup>/л, п/я -1%, с/я -30%, лимф. 56%, э -6%, м- 7%, СОЭ 20 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы. ФВД: ОФВ1 78%, ФЖЕЛ 75%, МEF 75% 68%, МEF 50% 58%, МEF 25% 50%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Есть ли показания к госпитализации ребенка в стационар?
4. Назначьте терапию больному.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Какими видами спорта можно заниматься данному ребенку?

23. Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, срочных родов. Раннее развитие протекало без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Девочку периодически беспокоят боли в животе, часто на фоне повышения температуры тела. Иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа бледная, чистая от сыпи. Температура тела 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: Нв – 114 г/л, эритроц. – 4,5×10<sup>12</sup>/л, лейкоц. – 18,5×10<sup>9</sup>/л, п/я – 10%, с/я – 70%, лимф. – 22%, моноц. – 9%, СОЭ – 30 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06%, лейкоц. – сплошь все поля зрения, эритроц. – 0-1 в п/зрения, бактерии – много. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза и назначения адекватной терапии.
4. С какой целью необходимо проведение цистографии?
5. В чем заключается лечение данного заболевания?
6. Длительность диспансерного наблюдения за ребенком в стадии ремиссии.

24. Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела. Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки – без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $332 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,0 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %. ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
  2. Проведите дифференциальную диагностику.
  3. Оцените представленные результаты обследования.
  4. Назначьте лечение.
  5. Предположите этиологию данного заболевания.
  6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз
25. Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение

интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк-  $8,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я-4%, с/я- 50%; э-1%, л-35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - «+++». Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л. КОС: рН - 7,1; рО<sub>2</sub> - 92 мм рт.ст.; рСО<sub>2</sub> - 33,9 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.
6. Каков прогноз заболевания?

26. Девочка 12 лет, заболела остро после переохлаждения, когда появились боли в поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания. Лихорадит до 40°C. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с токсокозом в I половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие протекало без особенностей, профилактические прививки проведены по графику. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде сыпи. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, повторная рвота. Кожа бледная, «синева» под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 28/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 92 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью, симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание болезненное, частое.

Общий анализ крови: Нв - 110 г/л, эр -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. -  $23,8 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 70%, эоз. - 2%, л- 18%, м - 5%, СОЭ - 45 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, реакция щелочная, белок 0,09 ‰, лейкоц. - 100-150 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Посев мочи: получен рост кишечной палочки - 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к цефамизину, гентамицину, амикацину, ципрофлоксацину, амоксициллину, цефтриакосу, фурагину.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению заболевания.
5. Назначьте лечение.

## 6. Каков прогноз заболевания?

27. Мальчик В., 7 лет, поступил в стационар в связи с жалобами на лихорадку 38,5-39,8С в течение последних двух недель, слабость, озноб, потливость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 1 месяца у ребенка по данным планового эхокардиографического исследования был выявлен врожденный порок сердца: двустворчатый клапан аорты с минимальной недостаточностью. Ребенок наблюдался кардиологом амбулаторно, регулярно проводилось ЭхоКГ (без отрицательной динамики в сравнении с предыдущими исследованиями), симптомов недостаточности кровообращения не было, медикаментозную терапию не получал. 4 недели назад мальчику проводилось лечение кариеса зубов у стоматолога, после чего появились вышеизложенные жалобы. Амбулаторно применение жаропонижающих препаратов приводило к кратковременному снижению температуры.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов с «землистым» оттенком. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 34 в минуту. Аускультативно дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая – по левой передней аксиллярной линии, верхняя – II межреберье. Выслушивается интенсивный диастолический шум, максимум во II межреберье справа от грудины. ЧСС 116 уд/мин. АД на руках 115/30 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb - 95 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты -  $380 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $21,3 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 64 %, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 23%, моноциты - 3%, СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок - следы, глюкоза отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют. ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
  2. Составьте план обследования.
  3. Обозначьте основные диагностические критерии заболевания.
  4. Проведите дифференциальную диагностику.
  5. Назначьте лечение.
  6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз
28. Ребенок К., 4 дня, от 1-й физиологично протекавшей беременности, срочных родов. При рождении масса 3000 г, рост 51 см.
- При осмотре выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота. С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.
- Общий анализ крови: Hb - 115 г/л, Эр -  $5,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $9,5 \times 10^9$ /л;

нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 50%; э-2%,л-38%,м-8%. Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин -4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л. Гормональный профиль: 17-ОПГ – 10 нмоль/л (н- 1,3 – 6,9 нмоль/л); кортизол – 20 нмоль/л (н- 270 – 770 нмоль/л); АКТГ – 20 пмоль/л (н- 2-11 пмоль/л). Кариотип: 46 XX.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тип наследования данного заболевания. Какая вероятность рождения больного ребенка в этой семье?
4. В чём причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования.
6. Назовите препараты, используемые в качестве заместительной терапии при данном заболевании?

29. Оля К., 1 год 8 месяцев. Родилась от 2-й физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов (старший брат, 4г., здоров). Масса тела при рождении 3800 г, рост 52 см. Во время беременности у матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. В периоде новорожденности у девочки наблюдалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост - 75 см, вес – 9,5 кг. Двигательная активность снижена, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 91 г/л, Эр -  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк -  $9,0 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,8 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 135,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Назовите основные принципы терапии.
6. Каков прогноз заболевания?

30. Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой. Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел. В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/З. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет. Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 x 10<sup>12</sup>/л, Лейк -13,9 x 10<sup>9</sup>/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час. Клинический анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

#### 4.2 Тестовые задания

1. ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ
2. пятнисто-папулезная, характерна этапность высыпания
3. мелкоточечная, на сгибательных поверхностях конечностей
4. мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
5. полиморфная, характерны симптомы «капошона», «перчаток», «носков»

Ответ: 1

2. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ

1. мелкоточечная сыпь
2. «поджаренный» язык
3. гепатомегалия
4. спленомегалия

Ответ: 1

3. КРАСНУХОЙ НАЗЫВАЮТ ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1. протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов
2. протекающее с поражением ЦНС, сыпью
3. протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве
4. характеризующееся симптомами интоксикации и диареей

Ответ: 1

4. КОНТАКТНЫМ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ

1. бактериологическое обследование
2. экстренная вакцинация в первые 72 часа
3. изоляция с 11 по 21 день контакта
4. назначение превентивного приема антибактериальных препаратов

Ответ: 1

5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

1. *Bordetella pertussis*
2. *Streptococcus pneumoniae*
3. *Haemophilus influenzae*
4. *Yersinia pestis*

Ответ: 1

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ

1. пневмония, ателектаз лёгкого
2. миокардит, полинейропатия
3. менингит, менингоэнцефалит
4. орхит, бесплодие

Ответ: 1

7. КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. коклюша
2. кори
3. парагриппа
4. аденовирусной инфекции

Ответ: 1

8. В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

1. ветряной оспе
2. дизентерии
3. вирусном гепатите А
4. полиомиелите

Ответ: 1

9. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА  
ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СОСТАВЛЯЕТ

1. 21 день
2. 18 дней
3. 10 дней
4. 7 дней

Ответ: 1

10. ВЕЗИКУЛЫ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. ветряной оспы
2. скарлатины
3. псевдотуберкулеза
4. листериоза

Ответ: 1

11. В ПОЛЬЗУ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. небольшое количество сыпи на коже
2. высокая лихорадка
3. наличие сыпи на слизистых
4. длительный период высыпания

Ответ: 1

12. К РАЗВИТИЮ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1. отсутствие иммунитета у матери
2. несоблюдение гигиенического режима
3. отягощенный преморбидный фон
4. недостаточное питание

Ответ: 1

13. ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В

1. 1 год
2. 3 месяца
3. 4,5 месяца
4. 3 года

Ответ: 1

14. БЕЛЕСОВАТЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. кори
2. эпидпаротита
3. краснухи
4. иерсиниоза

Ответ: 1

15. ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

1. пятнисто-папулезная
2. везикулезная
3. уртикарная
4. мелкоточечная

Ответ: 1

16. ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПОПАДАЕТ В ЖЕЛЕЗИСТЫЕ ОРГАНЫ

1. гематогенно
2. аэрогенно
3. лимфогенно
4. через проток слюнной железы

Ответ: 1

17. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. общей интоксикацией, поражением слюнных желез, железистых органов, нервной системы
2. синдромом диареи, развитием обезвоживания
3. поражением только нервной системы (серозный менингит) или только железистых органов (поджелудочной, половых и др.)
4. поражением слизистых оболочек нижних дыхательных путей, развитием ларингита

Ответ: 1

18. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. регидратация и симптоматические средства
2. противовирусные препараты прямого действия
3. антибактериальные препараты широкого спектра
4. кортикостероидные препараты в среднетерапевтических дозировках

Ответ: 1

19. ЭКЗАНТЕМОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. энтеровирусная инфекция
2. грипп
3. аденовирусная инфекция
4. респираторно-синцитиальная инфекция

Ответ: 1

20. ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

1. серозным менингитом и миокардитом
2. пневмонией и бронхитом
3. отитом и мастоидитом
4. пиелонефритом и циститом

Ответ: 1

21. ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

1. антибиотик широкого спектра действия
2. антитоксическую противодифтерийную сыворотку
3. АДС-анатоксин
4. иммуноглобулин

Ответ: 1

22. ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. островчатая
2. субтоксическая
3. дифтерийный круп
4. дифтерия носа

Ответ: 1

23. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. фибриновых пленок на нёбе, дужках, миндалинах
2. яркой отграниченной гиперемии ротоглотки
3. герпетических высыпаний на дужках
4. некрозов на миндалинах

Ответ: 1

24. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ

1. лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз
2. нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево
3. лейкопению, лимфопению, моноцитоз
4. лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию

Ответ: 1

25. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

1. длительная лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит
2. лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка
3. генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит
4. локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит

Ответ: 1

26. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

1. остром лейкозе
2. геморрагическом васкулите
3. железодефицитной анемии
4. гемолитической анемии

Ответ: 1

27. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

1. тромбоцитопенической пурпуре
2. геморрагическом васкулите
3. железодефицитной анемии
4. гемолитической анемии

Ответ: 1

28. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

1. апластической анемии
2. геморрагическом васкулите
3. гемофилии А
4. гемолитической анемии

Ответ: 1

29. ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. опухолевых процессах
2. апластической анемии
3. гемолитической анемии
4. гемофилии А

Ответ: 1

30. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_ СИНДРОМ

1. гемолитический
2. гипертензионный
3. судорожный
4. отечный

Ответ: 1

## 5. Список рекомендуемой литературы

### Основная литература

1. Блохин, Б. М. Неотложная педиатрия : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-7344-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970473443.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

2. Неонатология : в 2 т. Т. 1. : учебное пособие / Н. П. Шабалов [и др.]. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 720 с. – ISBN 978-5-9704-7888-2. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478882.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

3. Неонатология : в 2 т. Т. 2. : учебное пособие / Н. П. Шабалов [и др.]. - 7-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7894-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478943.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа : по подписке.

4.

#### 5. Дополнительная литература

1. Александрович, Ю. С. Респираторная поддержка при критических состояниях в педиатрии и неонатологии / Александрович Ю. С., Пшениснов К. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5418-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454183.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

2. Бельмер, С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печуров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5643-9. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456439.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

3. Блохин, Б. М. Детская пульмонология : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5857-0. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458570.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

4. Болезни билиарного тракта у детей. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. Л. А. Харитоновой, К. И. Григорьевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-7587-4, DOI: 10.33029/9704-7587-4-BIL-2023-1-352. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475874.html> (дата обращения: 20.01.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

5. Делягин, В. М. Первичные иммунодефициты в педиатрической практике / Делягин В. М., Садовникова И. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5335-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453353.html> (дата обращения: 19.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

6. Детская гастроэнтерология : практическое руководство / под ред. И. Ю. Мельниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-7381-8, DOI: 10.33029/9704-7381-8-PGP-2023-1-528. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473818.html> (дата обращения: 13.12.2022). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

7. Детская пульмонология / под ред. Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-8802-7, DOI: 10.33029/9704-8802-7-PPU-2025-1-736. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970488027.html> (дата обращения: 04.06.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

8. Запруднов, А. М. Заболевания кишечника в детском возрасте : руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонов Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 488 с. – ISBN 978-5-9704-4616-4. – Текст : электронный // URL :

- <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html> (дата обращения: 06.06.2023). – Режим доступа : по подписке.
9. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-7705-2. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477052.html> (дата обращения: 03.03.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
10. Инфекции мочевых путей у детей. Руководство по диагностике и лечению / под ред. К. И. Григорьева, Л. А. Харитоновой, Д. А. Морозова, И. М. Османова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-8545-3, DOI: 10.33029/9704-8545-3-IMP-2025-1-344. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970485453.html> (дата обращения: 19.11.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
11. Кешишян, Е. С. Оценка психомоторного развития ребенка раннего возраста в практике педиатра / Кешишян Е. С. , Сахарова Е. С. , Алямовская Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 104 с. - ISBN 978-5-9704-5831-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458310.html> (дата обращения: 20.11.2025). - Режим доступа : по подписке.
12. Кильдиярова, Р. Р. Симптомы и синдромы в педиатрии / Р. Р. Кильдиярова, Д. Ю. Латышев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-7216-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472163.html> (дата обращения: 19.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
13. Кильдиярова, Р. Р. Руководство по антимикробной терапии в педиатрии / Кильдиярова Р. Р. – 2-е изд. , перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-5761-0. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457610.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
14. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 12-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-8328-2, DOI: 10.33029/9704-8328-2-CRC-2024-1-464. – Электронная версия доступна на сайте ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483282.html> (дата обращения: 20.04.2024). – Режим доступа: по подписке. – Текст: электронный
15. Крапивница у детей: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. В. Кудрявцевой, Д. В. Заславского, И. С. Коростелевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-9199-7, DOI: 10.33029/9704-9199-7-UIC-2025-1-136. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970491997.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
16. Мазанкова, Л. Н. Менингококковая инфекция у детей. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике : учебное пособие / Мазанкова Л. Н. , Королёва И. С. , Гусева Г. Д. , Ченцов В. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-6121-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461211.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа : по подписке.
17. Ожирение у детей и подростков / П.Л. Огороков, О.В. Васюкова, Н.А. Стребкова, А.Л. Калинин ; под ред. Петерковой В.А. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 152 с. – ISBN 978-5-9704-8411-1. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970484111.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа: по подписке. – Текст: электронный
18. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии [Электронный ресурс] / под ред. Чемоданова В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. Серия "Практические руководства" Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785423503369.html>

19. Пантелеев, А. М. Лечение туберкулеза у детей и взрослых : руководство / А. М. Пантелеев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-8246-9, DOI: 10.33029/9704-8246-9-ТСА-2024-1-576. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970482469.html> (дата обращения: 19.11.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
20. Попова, О. П. Коклюш у детей / О. П. Попова, Л. Н. Мазанкова, М. С. Бляхер, Т. А. Скирда. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-5792-4. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457924.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
21. Рыков, М. Ю. Онконастороженность в педиатрии / Рыков М. Ю. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. (Серия «Онкология») – ISBN 978-5-9704-5399-5. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
22. Самсыгина, Г. А. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5105-2. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
23. Сергеев, Ю. С. Клинический диагноз в педиатрии (формулировка, классификации) : руководство для врачей / Ю. С. Сергеев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4784-0. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447840.html> (дата обращения: 19.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

#### **Периодические издания**

1. Российский педиатрический журнал (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
2. Вопросы современной педиатрии (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
3. Российский вестник перинатологии и педиатрии (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
4. Детские инфекции (электронная версия) URL <https://detinf.elpub.ru/jour/index?ysclid=mi7e6v9p1q358160210> - режим доступа по подписке.
5. Педиатрия. Журнал им. Н. И. Пирогова (электронная версия) ) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.

#### **Интернет-ресурсы**

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>
2. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <http://нэб.рф/>
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
4. Стандарты первичной медико-санитарной помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi>
5. Стандарты специализированной медицинской помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>
6. Стандарты скорой медицинской помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/3-standarty-skoroy-meditsinskoy-pomoschi>
7. Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii>

8. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по педиатрии  
<https://cr.minzdrav.gov.ru/>

9. Союз педиатров России. Официальный сайт URL:  
<https://www.pediatr-russia.ru/>

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

— об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

— об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

— об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

— об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.