

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем - искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 уд/мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: Нв - 110 г/л, Эр – $3,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,6 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 31%, э - 2%, л - 56%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40 мл, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
4. Опишите патогенез остеомаляции.
5. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?
6. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
7. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
8. Тактика лечебных мероприятий?
9. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве контроля за эффективностью лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4,

ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

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

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

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

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), Нв-170 г/л, Эр- $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п.-0,91, Лейк- $6,1 \times 10^9$ /л, п/я-3%, с/я-26%, э-1%, л-64%, м-6%, СОЭ-2 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок-69 г/л, мочевины-5,1 ммоль/л, холестерин-3,3 ммоль/л, калий-4,8 ммоль/л, натрий-143 ммоль/л, АлАТ-23 Ед/л (норма – 40), АсАТ-19 Ед/л (норма –до 40), серомукоид-0,18 (норма –до 0,20).

Кислотно-основное состояние крови: рО₂-62 мм рт.ст. (норма-80-100), рСО₂-50 мм рт.ст. (норма-36-40), ВЕ-8,5 ммоль/л(норма-+-2,3).

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
5. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
6. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного.
7. Определите тактику терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с 1 тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 54%, л – 36%, м – 6%, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,26 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие ещё обследования необходимо провести больному?
3. Какие патоморфологические характеристики соединительной ткани определяют патологические признаки со стороны сердца?
4. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
5. Составьте план лечения данного больного.
6. Какие морфологические изменения являются маркерами (маркером) ревматизма?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной - 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь "Агу". Прибавка в массе тела за 3 месяца - 2100 г. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

Общий анализ мочи: рН - слабо кислая; белок - 0,033‰; лейкоциты - 1-3 в п/з.

В анализе периферической крови: Нв - 95 г/л. Эр – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85; Лейк - $8,5 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 32%, б - 1%, э - 3%, л - 58%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +.

Содержание гемоглобина в эритроцитах - 22 пг (норма 24-33 пг).

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
4. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
5. Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
6. Как контролировать эффективность лечения?
7. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-ом году жизни.
8. Когда следует проводить вакцинацию? Есть ли противопоказания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Вызов реанимационной бригады "Скорой помощи" в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 минуты сознание восстановилось и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку.

Со слов педагога, девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учете. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина.

К моменту прибытия "Скорой помощи" повторная потеря сознания.

При осмотре: кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые чистые, бледные, частота дыхания 30 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД - 70/40 мм рт.ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в минуту.

Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-Р постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС - 40 в минуту.

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи.
3. Какие рекомендации необходимо дать ребенку во внеприступный период?
4. Почему у девочки в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата?
5. Что такое проводящая система сердца? Основные структурные компоненты, их функция.
6. Механизм действия атропина.
7. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка П., от второй беременности, протекавшей с вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией (первые роды на 42-й неделе гестации). 1-й период родов – 8 часов, 2-й – 45 минут, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды мекониальные. Вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Плацента с множественными петрификатами. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела при рождении 2950 г., длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни – 3 балла.

После проведенной в возрасте 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония.

Гипорефлексия. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева – звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 168 ударов в 1 минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 42 мм рт. ст., pCO_2 – 78 мм рт. ст., pH – 7,18, BE - -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Назовите предрасполагающие факторы?
3. Каков патогенез этого заболевания?
4. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
5. Какова тактика неонатолога в ходе первичной реанимации?
6. Какими должны быть лечебные мероприятия по окончании первичной реанимации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Девочка 6 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура тела повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная. С раннего возраста склонность к запорам, эпизоды ночного и дневного недержания мочи со склонность к редким мочеиспусканиям большими порциями. Наблюдается у гинеколога по поводу хронического вульвовагинита.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Масса – 25 кг. Рост – 110 см. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше слева. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: Hb –140 г/л, Эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $10,5 \times 10^9$ /л, п/я –10%, с/я – 65%, л –17%, м –8%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок –0,3 г/л, лейкоциты – сплошь все поля зрения, эритроциты – 1 в п/з, бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, СРБ – 20 мг/л, мочевины – 4,3 ммоль/л, креатинин 0,6 мг%

Проба по Зимницкому – при суточном диурезе 800 мл максимальный удельный вес – 1012, белок – 0,3 г/л; лейкоциты – 180×10^6 /л; эритроциты – $0,9 \times 10^6$ /л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – 107х49 мм, правая – 92х47 мм. Толщина паренхимы в пределах нормы с обеих сторон. Лоханка справа 7 мм. Слева 15 мм. Чашечки справа не расширены. Слева - подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи I: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 КОЭ/мл.

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Оцените функцию фильтрации и функцию концентрирования.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка. Какие визуализирующие исследования необходимо провести. Опишите алгоритм их проведения.
4. Составьте план лечения. Рассчитайте дозы лекарственных препаратов.
5. Опишите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у ребенка.

Опишите первичную и вторичную профилактику данного заболевания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Мальчик 13 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, повышение артериального давления. Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (20-30 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С без явных катаральных изменений лор-органов и органов дыхания. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV-V ст. По поводу этого в 4 года проведена антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия по поводу чего получал курсами антибактериальную терапию. Противорецидивное лечение не проводилось. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД (до 150/100 мм.рт.ст.), в анализах мочи – протеинурия (0,9 г/л), в биохимическом анализе крови - нарастание уровня мочевины и

креатинина, тенденция к урежению мочеиспусканий после длительного периода полиурии. При осмотре: состояние тяжелое, обусловлено симптомами интоксикации. Масса 25 кг. Рост 110 см. Кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, нерегулярное.

Общий анализ крови: Hb - 90 г/л, Эр - $2,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $11,0 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с/я - 71%, э - 1%, л - 13%, м - 5%, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: белок - 0,3 г/л, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - единичные в п/з, бактерии - много. Проба по Зимницкому: при суточном диурезе 700 мл, максимальная плотность мочи - 1012, белок - 0,9 г/л; лейкоциты - 180×10^6 /л; эритроциты - $0,9 \times 10^6$ /л. Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевины - 15,8 ммоль/л, креатинин - 2,5 мг%, кальций ионизированный - 1,2 ммоль/л, калий 5,7 Ммоль/л.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка - 82x40 мм, паренхима - 10 мм. Левая почка - 90x48 мм, паренхима - 15 мм. Пиелоектазия, каликоэктазия, больше справа. Паренхима почек истончена, диффузные изменения паренхимы почек, больше справа. По данным доплеровского исследования сосудов обеих почек - кровотоков не доходит до капсулы.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите скорость клубочковой фильтрации.
3. Составьте план дальнейшего лабораторного и инструментального обследования
4. Определите стадию хронической болезни почек.
5. Составьте план лечения. Укажите препараты, которые могут быть использованы для замедления прогрессирования заболевания.
6. Опишите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Ребенок К., 4 дня, от 1 беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см.

Осмотр: было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.

С третьего 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 + 2см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, Эр – $5,0 \times 10^{12}$ /л., Лейк – $9,5 \times 10^9$ /л, 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, натрий – 130 ммоль/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, калий – 6 ммоль/л.

Величина экскреции с суточной мочой:

- 17-КС – 7,5 мкмоль (стандарт $4,1 \pm 0,3$);

- 17-ОКС – 0,5 мкмоль (стандарт $3,2 \pm 0,2$).

Кариотип: 46XX

1. Ваш предположительный диагноз?
2. По какому типу наследуется данное заболевание?
3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов?
4. Какие клинические проявления данной патологии будут отмечаться при несвоевременной диагностике?
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
6. Какие возможные осложнения при неадекватно подобранной заместительной терапии?
7. Как осуществляется диспансерное наблюдение детей с данной патологией?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК – 3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ОПК-11, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы,

отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Общий анализ крови: Нв - 72 г/л, Эр- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 2%, Тромб - единичные. Лейк - $1,3 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 4%, л - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток - 11%, эритроидный росток - 8%, мегакарициты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок - следы, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. При каком заболевании может быть аналогичная гемограмма?
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
6. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этой больной?
7. Какова наиболее вероятная причина появления неврологической симптоматики у больных с этой патологией?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мальчик 4 лет заболел остро, повысилась температура до 39°, появились схваткообразные боли в животе, однократная рвота и жидкий стул до 10 раз в сутки, вначале обильный, затем скудный, с большим количеством слизи. Госпитализирован в инфекционную больницу.

Из анамнеза: накануне заболевания был в деревне, ел творог домашнего приготовления.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура 38,7°, отмечаются симптомы интоксикации: ребенок вялый, бледный, аппетит снижен.

Беспокоят приступообразные боли в животе, сопровождающиеся позывами на дефекацию, появились ложные позывы на дефекацию.

При объективном осмотре: кожа бледная. Язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, 120 ударов в минуту.

Живот втянут, при пальпации отмечается болезненность и спазм в области сигмовидной кишки.

Стул каловый, жидкий, скудный с большим количеством слизи, в последнем стуле появились прожилки крови.

Данные лабораторного обследования.

В общем анализе крови при поступлении: гемоглобин-120 г/л; лейкоциты - 12×10^9 /л; палочкоядерные -12%, сегментоядерные - 58%, эозинофилы-3%; лимфоциты-27%; СОЭ-25 мм/час.

Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция кала - щелочная, слизь - большое количество; лейкоциты-30-50 в поле зрения; эритроциты-35-40 в п/зрения; мышечные волокна (+); нейтральный жир (+); мыла (+).

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
2. Предположите этиологию заболевания, возможный источник и пути Инфицирования.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения диагноза и уточнения его этиологии.
4. Оцените результаты лабораторного исследования.
5. Назначьте терапию.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

У девочки 3 месяцев при осмотре в поликлинике выявлено увеличение печени и желтушность кожных покровов. Мама предъявляла жалобы на повышенную сонливость у ребенка, вялое сосание, малую прибавку массы тела. Ребенок госпитализирован в стационар с диагнозом вирусный гепатит.

При поступлении выявлена выраженная иктеричность кожи, склер и слизистых оболочек, необильная геморрагическая пурпура. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции. Селезенка - + 3 см из-под края реберной дуги. Стул 1-2 раза в сутки, частично обесцвечен кашицеобразный. Моча темного цвета.

Из анамнеза: ребенок родился от I беременности, I родов в сроке 35 недель. Рост при рождении 47 см, масса – 2300 г. В III триместре мама перенесла мононуклеозоподобное заболевание.

Общий анализ крови: Нв – 100г/л, ц.п. – 0,75, ретикулоциты – 14 ‰, лейкоц. – $10,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты-186, п /я– 5%, сег./я.-40%, эоз. –1%, лимф. – 40%, мон. – 14%, СОЭ – 14 мм/час.

Биохимический анализ крови – билирубин общий – 92 мкмоль/л, билирубин свободный – 67 мкмоль/л, АлАТ – 160 Е/л, АсАТ – 140 Е/л, тимоловая проба – 7,5 Ед.

Рентгенография черепа – микроцефалия, признаки гидроцефалии, кальцинаты в перивентрикулярной области.

ИФА крови: аHAV Jg M (-), HbsAg не выявлен, анти-HCV IgM (-), анти-ТОХО IgM (-), анти-ЦМВ-Ig M и Ig G (+).

ПЦР крови – обнаружена ДНК цитомегаловируса

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Назовите источник инфекции и путь передачи.
3. Назовите основные клинические проявления инфекции.
4. Оцените результаты полученных анализов.
5. Составьте план дальнейшего обследования.
6. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Ребенок 10 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота. Доставлен в стационар бригадой скорой помощи.

Эпид. анамнез: За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

В приемном отделении: состояние средней тяжести, температура тела 38°C, вялость, однократная рвота, принесящая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев спокоен, налетов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии. Печень пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала

заболевания был трехкратно, жидкий, обильный, зловонный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови при поступлении в стационар: гемоглобин -130 г/л; эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; палочкоядерные -10%; сегментоядерные - 60%; эозинофилы -0%; лимфоциты - 28%; моноциты - 2%; СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес-1010, белок – 0,033‰, глюкоза - нет, ацетон – (++) , лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
2. Возможный источник и путь инфицирования.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Дайте оценку результатов проведенных лабораторных исследований и составьте план дальнейшего обследования больного.
5. Назначьте лечение.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Девочка 9 месяцев больна в течение 3-х дней. Заболевание началось остро, отмечалась повторная рвота, связанная с приемом пищи. В последующие дни появилась вялость, ребенок стал капризным, снизился аппетит, температура повысилась до 38,6°С, стул до 5-6 раз в сутки жидкой консистенции. На 3-й день состояние ухудшилось: адинамия, сонливость, отказ от еды, участился стул до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый со слизью и зеленью). Госпитализирована в тяжелом состоянии.

При поступлении резкая вялость, адинамия, отказывается от еды, температура тела 37,8°С. Слизистые сухие, язык обложен белым налетом. Кожа бледная с «мраморным рисунком», периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. В кожных складках - опрелости.

Дыхание пуэрильное до 46 в минуту.

Тоны сердца приглушены, пульс удовлетворительного наполнения до 150 в минуту, ритм правильный.

Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень + 2 см.

Стул за прошедшие сутки -10 раз, жидкий типа «болотной тины», со слизью, рвота 3 раза после приема пищи.

Данные лабораторного обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин -101 г/л; эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; палочкоядерные - 15%; сегментоядерные - 60%; эозинофилы - 1%; лимфоциты - 22%; моноциты - 2%; СОЭ-25 мм/час.

В биохимическом анализе крови: АЛТ-40 Ед/л., АСТ-34 Ед/л., тимоловая проба- 4ед., калий плазмы – 3,5 ммоль/л., натрий – 138 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес-1010, белок –0,033%, глюкоза - нет, ацетон – (++) , лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Копрограмма: слизь – много, лейкоцитов- 20 в поле зрения, эритроцитов-3-4 в поле зрения, жирные кислоты-много, нейтральный жир-умеренно.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Оцените результаты лабораторных исследований.
4. Составьте план дальнейшего обследования.
5. Назначьте лечение.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Девочка 6 месяцев с отягощенным преморбидным фоном (недоношенность 2 степени, гипотрофия) заболела остро: повысилась температура до 38,6°C, появился жидкий зеленый, зловонный стул со слизью до 8 раз в сутки, повторная рвота.

На 2-й день болезни температура - 39°C, беспокойство, рвота 3 раза. Госпитализирована в инфекционную больницу.

Эпид. анамнез. В семье у матери ребенка 2 недели назад в течение 3 дней был жидкий стул, тошнота, однократная рвота. Считает, что заболела после употребления яичницы.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Выражена интоксикация. Ребенок плохо ест, беспокоен, жадно пьет.

Кожа бледная, большой родничок 2×2 см, не выбухает. Слизистые яркие, сухие. Катаральных явлений нет.

Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца учащенные, ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный, вздут. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки.

Стул остается частый жидкий, зеленый, зловонный до 7-8 раз в сутки. Мочится редко.

Данные лабораторного обследования.

В общем анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 54%, лимфоциты – 29%, моноциты – 5%, СОЭ – 42 мм/час.

Бактериологическое исследование кала - выделена Salmonella группы D enteritidis.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите источник инфекции и пути заражения при данном заболевании.
3. Оцените результаты лабораторного исследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте терапию.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мальчик 4 мес. заболел 5 дней назад, когда появился небольшой насморк, редкий сухой кашель, температура 37,3- 37,5 С. Обратились к участковому врачу, который назначил симптоматическую терапию. На 5-й день состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, кашель стал влажным, приступообразным. Врачом скорой помощи доставлен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный, цианоз носогубного треугольника. Дистантные хрипы. Отмечается втяжение межреберных промежутков, эпигастрия, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, число дыханий – 68 в минуту. Перкуторно – над легкими коробочный оттенок звука, при аускультации выслушивается масса влажных мелкопузырчатых хрипов с обеих сторон, выдох удлинен, тоны сердца ритмичные, тахикардия до 150. Живот мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный.

Данные лабораторно – инструментального обследования:

Общий анализ крови: Нв-120 г/л; эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоц.- $6,8 \times 10^9$ /л; п/я-1%; сег./я.-39%; эоз.-1%; лимф.-57%; мон.-2%; СОЭ-3 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: Эмфизематозное вздутие грудной клетки, уплощение купола диафрагмы, горизонтальное положение ребер, легочный рисунок усилен, перибронхиальные периваскулярные уплотнения, лобулярные вздутия. Очаговых и инфильтративных теней не определяется.

Мазок из носоглотки на антигены респираторных вирусов (МФА) - выявлен антиген RS-вируса.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?
4. Объясните патогенез основного синдрома
5. Оцените результаты лабораторно-инструментального исследования
6. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мальчик 4 месяца. Поступил 27.08.2011 г. Анамнез жизни: ребенок от 6-й беременности, вторых нормальных родов. Вес при рождении 2400,0 г, длина – 54 см. Вакцинация БЦЖ в роддоме, рубчик – 5 мм. Анамнез заболевания: заболел в июне 2011

года в возрасте 2 месяцев: появился кашель, насморк, температура 38,6°C. В анализе крови повышенное СОЭ – 42 мм/час. Лечился амбулаторно ампициллином, улучшения в состоянии не отмечено. При клинко-рентгенологическом исследовании выявлена правосторонняя пневмония. С 17.08. по 27.08.11 г. – с диагнозом: правосторонняя пневмония, продолжено лечение в ДКБ – эффекта не получено. 14.08.07г. – поставлена проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм. Ребенок консультирован фтизиатром, рекомендован перевод в специализированный стационар. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела - 36,6°C. Масса тела – 6800,0 г, рост – 63 см. Выражены симптомы дыхательной недостаточности, ДН – 3 ст., интоксикация. Выявлен синдром лимфоаденопатии. В легких при перкуссии в проекции средней доли определяется укорочение перкуторного звука, в остальных отделах – ясный легочный звук. Дыхание жесткое, частота дыхания в минуту – 72. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 140 в 1 минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, эластичные, безболезненные. В контакт вступает легко, менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, Лейк – $15,6 \times 10^9$, п/я – 12%,

с/я – 55%, э – 1%, л – 19%, м – 12%, плазм. клетки – 19%, СОЭ – 19 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, белка – нет, лейкоциты – 0-1 в п/з.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л от 14.08.11 г. – папула 10мм.

Градуированная кожная проба 1.11.11 г.:

100%	25%	5%	1%	АТК	К
10мм	12мм	6мм	1мм		отр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в проекции средней доли справа определяется инфильтративно-ателектатическая, гомогенная, с четкими контурами тень, отмечается расширение тени средостения справа за счет увеличения всех групп лимфоузлов, слева – трахеобронхиальных и бронхопупмональных.

Данные бронхоскопии от 14.09.11 г. Заключение: туберкулез правого главного и промежуточного бронхов.

1. Оцените действия педиатра, фтизиатра.
2. На основании каких признаков можно заподозрить заболевание?
3. Наметьте план дополнительного обследования.
4. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
5. Сформулируйте клинический диагноз. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Назначьте лечение.
6. Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
7. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мальчик 11 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Отмечается болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Симптом Мурсона положительный. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами.

Динамика заболевания: на 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

Госпитализирован.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела- 39°C. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам – без особенностей. Обе околоушные железы увеличены.

Данные лабораторного обследования:

Общий анализ крови: Нв-140 г/л, эр.- $4,3 \times 10^{12}$ /л, ц.п.- 0,95, лейкоц.- $8,2 \times 10^9$ /л, п/я-3%, сег./я.-63%, лимф.-21%, мон.-12%, плаз. клетки. – 1%, СОЭ –8 мм/час.

Мазок из ротоглотки- патогенная микрофлора не обнаружена.

Общий анализ мочи: цвет- св/желт., плотность - 1020, белок –нет, сахар-нет, л.-2-3 в поле зр., эр - един. в поле зр.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените результаты лабораторных исследований. Какие еще лабораторные обследования и консультация какого специалиста необходимы больному?
3. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании, возможные осложнения?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания? Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Ребенок 6 лет, посещает детский сад. Заболел остро с подъема температуры до 38°C, отмечалась рвота, снижение аппетита. Жалобы на боли в горле.

Эпид. анамнез: воспитатель в группе больна ангиной.

При осмотре участковым врачом: температура тела 38,5°C. На коже лица, туловища, конечностей - розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая отграниченная гиперемия, миндалины гипертрофированы, гиперемированы. Язык обложен белым налетом. Увеличены переднешейные лимфоузлы.

Динамика заболевания: к 5-му дню сыпь исчезла, нормализовалась температура. Мать прекратила лечение, т.к. посчитала, что ребенок здоров.

Через 2,5 недели – повторное повышение температуры тела до 38°C, головная боль, бледность, слабость, моча цвета «мясных помоев». Ребенок госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. АД 140/80 мм. рт. ст.

Мальчик вял, бледен, лицо одутловатое. Пастозность голеней, стоп.

Сыпи нет, на кончиках пальцев рук и ног крупно-пластинчатое шелушение. Зев застойно гиперемирован, миндалины гипертрофированы 1-2 степени, налетов нет. В легких хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные.

Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Стул нормальный. Мочится редко, мало.

Данные лабораторного обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л; эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 6%, палочкоядерные - 7%; сегментоядерные - 60%; лимфоциты-22%; моноциты-5%; СОЭ-32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность-1020, белок – 0,033г/л, глюкоза - нет, лейкоциты – 10-15 в поле зрения., эр.- 50-80 в поле зрения, местами скопления, цилиндры гиалиновые –2-3 в поле зрения.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите источник инфекции?
3. Оцените результаты полученных анализов и составьте план дальнейшего обследования больного.

4. Какие ошибки в лечении больного были допущены?
5. Назначьте лечение.
6. На какой срок изолируется больной скарлатиной?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детские инфекционные болезни и туберкулез)

Компетенции: ОК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мальчик 7 лет заболел остро с подъема температуры тела до 38,5°C, кашля, насморка. В последующие три дня фебрильная температура сохранялась, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь.

Динамика заболевания: на 4-й день болезни температура 39,5°C, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2-3 дня распространилась на туловище, а затем на конечности. После окончания высыпания температура снизилась, состояние улучшилось. Однако, на 8 день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирован.

При поступлении состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. Менингеальных симптомов нет. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочится редко.

Данные лабораторно-инструментального обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин-120 г/л, эритроциты- $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные-3%, сегментоядерные- 42%, эозинофилы-5%, лимфоциты- 43%, моноциты- 7%, СОЭ – 12 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки - усиление легочного рисунка.

Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз- 10×10^6 /л, лимфоциты – 98%, нейтроф. – 2%, белок -0,45 г/л, глюкоза – 2,8 мкмоль.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите причину появления неврологических симптомов?
3. Оцените результаты лабораторно-инструментального обследования.
4. Какие дополнительные исследования и консультации каких специалистов необходимо провести для уточнения диагноза и лечения?
5. Назначьте лечение.
6. Какие меры специфической профилактики предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Вы врач приемного отделения педиатрического соматического стационара.

К Вам поступил ребенок 5 лет, который болен в течение недели ОРВИ. Получал амбулаторное лечение отхаркивающими средствами и внутримышечные введения пенициллина 2 раза в день. На 8 день заболевания состояние больного резко ухудшилось: ребенок стал вялым, гиподинамичным, стонет. Кожа стала бледной, отмечается цианоз носогубного треугольника. Появилась одышка (ЧД до 48 – 50 в мин). Температура тела – 39,4° С, лейкоцитоз – 18×10^9 /л.

При перкуссии – слева притупление перкуторного звука от IV ребра вниз, границы сердца смещены вправо. Аускультативно – резкое ослабление дыхания слева.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснуйте план обследования ребенка.
3. В чем ошибка участкового педиатра?
4. Напишите направление в рентген-кабинет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

В районную поликлинику к педиатру пришли на прием родители с ребенком 4 лет с жалобами на отсутствие мочеиспускания в течение 8 часов. Ребенок с годовалого возраста жалуется на боли в животе. Полгода назад появилось частое болезненное мочеиспускание. Иногда обычным способом, стоя, помочиться не может. При этом мочится только «на корточках».

Объективно: ребенок беспокоен, мечется. Верхушка мочевого пузыря определяется на уровне пупка. Во время попытки мочеиспускания мальчик хватается за половой член. При пальпации по ходу уретры в промежности определяется плотное образование 1,0x1,5 см.

1. Чем вызвано отсутствие мочеиспускания, анурией или острой задержкой мочи?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если Вы считаете, что ребенок должен быть переведен в областную больницу, то, что необходимо сделать перед переводом ребенка в специализированный стационар?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Мальчик 11 лет поступил в приемное отделение через 2 часа после того, как был сбит машиной. При поступлении общее состояние тяжелое, АД – 100/60 мм рт. ст. пульс 118 уд в мин., удовлетворительных качеств.

При объективном осмотре: ребенок бледный, жалуется на боль в поясничной области слева. Там же кожные ссадины. При пальпации в данной области определяется тестоватое образование мягких тканей, резко болезненное, неподвижное. Поколачивание в поясничной области слева резко болезненно. Ребенок помочился в приемном отделении – моча окрашена кровью. Повреждения других органов и систем не обнаружено.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, цветной показатель крови 0,8, эритроциты 3,22 млн., тромбоциты 308 тыс., лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, п – 12%, с – 38%, э – 5%, моно. – 14%, лимф. – 30%, СОЭ 12 мм/час.

1. Ваше мнение о предположительном диагнозе?
2. Какие исследования необходимы ребенку по скорой помощи?
3. Лечебная тактика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

В стационар поступил ребенок 3 лет с приступообразными болями в области правой почки, сопровождающимися рвотой и подъемом температуры. Болен в течение года, частота приступов 2 раза в месяц. Длительность от нескольких часов до нескольких суток. Стихают после применения спазмолитиков и обезболивающих.

Объективно правая почка не увеличена, болезненная. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Общий анализ крови: Hb – 145г/л, эритроциты 4,22 млн., тромбоциты 3,08 тыс., лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм в час.

Анализ мочи: белок (-), эритроциты – 10 – 15 в поле зрения, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения.

После проведения консервативных мероприятий боли стихли и ребенку произведена обзорная и внутривенная урография. На обзорном снимке теней конкрементов нет. На внутривенных урограммах правая почка выделяет контрастное вещество замедленно. Имеется расширение лоханки правой почки. Со стороны левой почки патологии не обнаружено.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Какие лечебные мероприятия применяются при почечной колике?
3. Можно ли проводить рентген контрастное исследование до снятия почечной колики?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

У девочки 6 мес мать заметила быстрое увеличение головы в размерах (за 1 мес 3 см в окружности), взбухание большого родничка. Ребенок с рождения наблюдается у невропатолога по поводу перинатальной энцефалопатии, гипертензионного синдрома. Получал дважды курсы ноотропных препаратов, дегидратационную терапию.

Состояние средней тяжести. Ребенок беспокоен, в приемном отделении однократная рвота. $t- 36,6^0$ С, пульс 136 уд в мин, окружность головы 47 см, большой родничок 1,5x1,5 см взбухает, напряжен. Зрачки D = S. Симптом Грефе положительный. Нистагма нет. Мышечный тонус конечностей снижен. Патологических рефлексов нет. Ребенок отстает в психомоторном развитии.

На краниограммах в двух проекциях расхождение швов черепа.

При УЗИ головного мозга выявляется венрикуломегалия. Толщина мозгового плаща 1,8 см., силвиев водопровод прослеживается на всем протяжении.

При люмбальной пункции: ликворное давление 220 мм вод. ст., ликвор прозрачный, цитоз $1,0 \times 10^9$ /л, белок 0,140 г/л.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Методы дополнительного обследования?
3. Тактика лечения больной?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено развившееся в течение 6 часов ухудшение: вздутие живота, нарушения ритма дыхания с стороны тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки.

Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. При перкуссии тимпанит во всех отделах живота. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника.

Анализ крови: Нв - 110г/л, Нт - 29, L - 10×10^9 /л. формула крови: п - 5%, с -72%, э - 1%, лимф. - 15%, мон. - 7%. СОЭ -20 мм/час.

1. О каких осложнениях основного заболевания можно думать в данной ситуации?
2. Какова тактика обследования этого ребенка?
3. Лечебная тактика возможных осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено резкое вздутие живота, нарушения ритма дыхания в сторону тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки.

Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. На коже передней брюшной стенки усиление венозного рисунка. Передняя брюшная стенка отечна, пастозна, отмечается отек наружных половых органов. При перкуссии притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости, исчезновение печёночной тупости. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника.

Анализ крови: Нв -118г/л, Нт- 29, L- 19×10^9 /л. формула крови: п- 8%, с- 80%, э- 0%, лимф.- 10%, мон.- 2%. СОЭ- 24 мм/час.

1. Каково Ваше мнение по полному диагнозу в данном случае?
2. Какова тактика обследования для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного осложнения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

У ребенка сразу после рождения выявлено объемное образование в крестцово-копчиковой области размерами 10 x 6 x 5 см.; образование покрыто нормальной кожей. При пальпации оно безболезненное, неоднородной консистенции (плотно-эластические участки чередуются с мягкими и грубыми плотными). Анальное отверстие сформировано правильно. Меконий отходит свободно.

Анализ крови: Hb - 180г/л, Ht - 35, L- $9,0 \times 10^9$ /л. формула крови: п - 4 %, с - 66 %, э - 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %.

На контрастной рентгенограмме таза на фоне ирригографии с барием в двух проекциях выявляется опухолевидное образование, оттесняющее прямую кишку. Образование неоднородно: видны участки затемнения, участки костей, фрагменты, напоминающие части тела.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Расскажите о тактике лечения данной патологии, обоснуйте её.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Девочка возраста 1 года 8 мес поздно начала ходить. Походка «утиная». Физическое развитие соответствует возрасту. Хронических заболеваний нет. До этого осмотры хирурга и ортопеда в поликлинике по месту жительства проходила регулярно. Родители с ребёнком обратились к детскому ортопеду стационара.

При осмотре: живот несколько отвисает, область проекции тазобедренных суставов деформирована за счет выбухания больших вертелов. Усилен поясничный лордоз. Ограничено отведение бедер, остальные движения бедер в полном объеме. Дно скарпова треугольника пусто. Пульс на большеберцовых артериях не исчезает при попытке сдавить сосудистый пучок под пупартовой связкой. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данного заболевания?
3. Ваша оценка предшествующих профилактических осмотров детского хирурга и ортопеда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(детская хирургия)

Компетенции: ОК-4, ОК-5, ОК-8, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17.

Родители 6-тилетней девочки обратились к хирургу поликлиники по поводу выделений свежей крови в конце акта дефекации на протяжении последнего месяца. Других жалоб нет.

Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот мягкий, безболезненный. При ректальном обследовании на глубине 3 см на 11 часах определяется умеренно подвижное безболезненное образование 1,5x1,5 см; на извлечённом пальце - скудное количество алой крови.

1. Предположительный диагноз?

2. Дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?