



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » 01 2019 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры  
по специальности 31.08.19 Педиатрия

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

### *Универсальные компетенции (УК):*

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным 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 (УК-3).

### *Профессиональные компетенции (ПК):*

- профилактическая деятельность:
- 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 (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### 3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена который выносится ГИА.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординатором консультаций по вопросам включенным в программу государственного экзамена.

Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать Требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Ординатор должен продемонстрировать уровень сформированных универсальных и профессиональных компетенций необходимых для самостоятельного решения задач.

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.

Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов.

## 5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Комплексная оценка состояния здоровья. Критерии здоровья. Группы здоровья. Группы риска.
2. Организация питания здоровых детей от года до 14 лет. Суточная потребность в пищевых веществах и энергии детей разных возрастных групп.
3. Питание и режим беременной и кормящей женщины. Профилактика и течение гипогалактии.
4. Потребности в основных пищевых веществах, энергии и жидкости для детей раннего возраста при естественном, смешанном и искусственном вскармливании.
5. Преимущество грудного вскармливания. Техника и правила кормления. Затруднения и противопоказания к кормлению грудью.
6. Адаптированные смеси, их классификация, преимущества и недостатки.
7. Лечебные смеси, преимущества и недостатки.
8. Кисломолочные смеси. Характеристика. Преимущества и недостатки
9. Сроки введения прикормов. Характеристика прикормов
10. Рвоты и срыгивания у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз.
11. Пограничные состояния новорожденных.
12. Неонатальный скрининг. Галактоземия. Фенилкетонурия. Адреногенитальный синдром
13. Внутриутробные инфекции. Этиология. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
14. Перинатальная энцефалопатия, педиатрические аспекты.
15. Недоношенный ребенок. Оценка степени зрелости. Причины, степени тяжести. Диетотерапия.
16. Локализованная гнойная инфекция у новорожденных.
17. Проблема диагностики и лечения хламидиоза
18. Дифференциальная диагностика желтух
19. Пищевая аллергия. Диагностика. Проявления. Подходы к лечению.
20. Диетотерапия у детей раннего возраста с пищевой аллергией
21. Атопический дерматит. Классификация. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз.
22. Принципы лечения атопического дерматита
23. Классификация хронических расстройств питания. Гипотрофия I, II, III степени. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Тактика ведения больных.
24. Паратрофия. Причины, клиника, лечение.
25. Дифференциальная диагностика хронических расстройств питания
26. Синдром мальабсорбции (понятие, клинические проявления, дифференциальная диагностика)
27. Целиакия. (определение, клиника, диагностика, лечение).
28. Экссудативная энтеропатия. Определение. Этиология и патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечение.
29. Лактазная недостаточность. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение.
30. Характеристика пищевой непереносимости и синдрома нарушенного всасывания
31. Рахит (классификация, клиника, профилактика, лечение)
32. Рахитоподобные заболевания. Дифференциальная диагностика

33. Иммунодефицитные состояния у детей. Классификация.
34. Принципы иммунокорректирующей терапии у детей.
35. Респираторные аллергозы у детей (этиология, клиника, лечение, диспансерное наблюдение).
36. Бронхиальная астма. Факторы, влияющие на развитие и проявления бронхиальной астмы. Определение. Диагностические критерии. Методы диагностики.
37. Бронхиальная астма. Оценка степени тяжести. Лечение стабильной БА у детей
38. Бронхиальная астма. Терапия обострений.
39. Особенности бронхиальной астмы у детей раннего возраста (до 5 лет)
40. Бронхообструктивный синдром у детей. Факторы, способствующие развитию БОС. Клиника.
41. Обструктивный бронхит. Дифференциальная диагностика инфекционной и аллергической природы обструкции. Лечение. Прогноз. Реабилитационные мероприятия
42. Рецидивирующий бронхит у детей. Клиника. Дифференциальная диагностика.
43. Бронхиолит. Этиология. Клиника. Лечение.
44. Хронические неспецифические заболевания легки. Классификация. Методы обследования. Облитерирующий бронхиолит
45. Пневмонии. Классификация. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Реабилитация.
46. Анемии. Классификация. Витаминодефицитные анемии. Клиника, лечение.
47. Железодефицитные анемии. Диагностика. Лечение
48. Геморрагические и тромботические заболевания. Классификация. Клиника. Лечение
49. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение
50. Обменные нефропатии. Клиника и диагностика. Лечение.
51. Инфекция мочевыводящей системы. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
52. Врожденные пороки развития мочевыводящей системы.
53. Пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
54. Интерстициальный нефрит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
55. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника, лечение.
56. Циститы. Этиология. Патогенез, клиника, лечение.
57. Мочекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника, Лечение.
58. Острые диареи у детей. Этиология, клинические проявления. Проведение оральной регидратации.
59. Иерсиниозы. Диагностика. Клиника. Лечение.
60. Врожденные пороки сердца. Этиология. Клиника. Классификация.
61. Кардиты у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
62. Лечение острых миокардитов. Диспансерное наблюдение.
63. Субфебрилитеты у детей. Дифференциальная диагностика. Обследование
64. Реактивные артриты у детей. Этиология, клиника, лечение.
65. Оценка вегетативного статуса. Типы ВСД Лечение.
66. Артриты у детей. Ювенильный, ревматоидный, ревматический, реактивный. Дифференциальный диагноз.
67. Глистно- протозойная инвазия.
68. Лямблиоз. Клиника, Диагностика. Лечение.

69. Запоры у детей. Классификация, лечение.
70. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Причины, клиника, диагностика
71. Муковисцидоз. Классификация, Клиника, Лечение.
72. ОРВИ, ларинготрахеиты, ларингостенозы. Неотложная помощь при стенозе гортани I, II, III степени, эпиглоттите
73. Ангины. Классификация. Диагностика, Клиника, Лечение.
74. Методы диагностики туберкулеза у детей.
75. Мононуклеоз. Клиника. Диагностические критерии. Лечение
76. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта. Классификация, Диагностика, Клиника, Лечение.
77. Хронические гастриты у детей. Классификация. Клиника, Лечение
78. Хронический гастродуоденит. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
79. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Этиология, Патогенез, Клиника, Лечение.
80. Заболевания поджелудочной железы. Этиология, Классификация, Клиника, Лечение.
81. Желчекаменная болезнь у детей. Этиология, Клиника, Лечение.
82. Дискинезии кишечника. Этиология, Клиника, Лечение.
83. Дискинезии желчевыводящей системы. Этиология, Клиника, Лечение.
84. Холециститы и холангиты у детей. Классификация. Этиология, Клиника, Лечение.
85. Хронические гепатиты у детей (А,В,С). Пути заражения. Дифференциальный диагноз. Методы диагностики и лечения.
86. Муковисцидоз. Классификация, Диагностика. Лечение.
87. Хронический гепатит. Этиология, Классификация, Клиника, Лечение.
88. Болезнь Крона. Определение. Диагностика. Клиника, Лечение.
89. Язвенный колит. Определение. Клиника, Диагностика. Подходы к лечению.
90. Функциональные нарушения билиарного тракта.
91. Эзофагиты. Классификация. Этиология, Клиника, Диагностика. Лечение.
92. Функциональные заболевания пищевода. Клиника, Диагностика. Лечение.
93. Задачи и принципы фармакотерапии язвенной болезни.
94. Инфекция хеликобактер-пилори у детей. Определение. Клиника, Лечение
95. Гипотиреоз. Формы. Причины. Диагностика. Принципы лечения и наблюдения.
96. Диффузный токсический зоб. Ювенильная струма (эутиреоидный зоб). Диагностика.
97. Аутоиммунный тиреоидит. Острый и подострый тиреоидит. Диагностика.
98. Сахарный диабет. Классификация. Критерии диагностики
99. Комы. Гипогликемическая, диабетическая, гиперосмолярная. Дифференциальная диагностика.
100. Судорожный синдром у детей. Причины. Дифференциальный диагноз. Фебрильные судороги. Лечение

### Ситуационные задачи:

#### Задача № 1

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°C, ребенок пожелтел в поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

Состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные.

Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см., селезенка +4 см. ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Общий анализ крови: Нв- 72 г/л, Эр- 2,0 x 10<sup>12</sup>/л, Ц.п.-1,1, Ретик.- 16%, Лейк.-10,2x10<sup>9</sup>/л, п/я-2%, с-45%, э- 3%, л- 37%, м- 13%. СОЭ- 24мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок- 82г/л, билирубин: непрямой- 140,4 мкмоль/л, прямой - нет, свободный гемоглобин- отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min-0,58, max- 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Вопрос: О каком диагнозе идет речь?

#### Задача № 2

Ребенку 3 года. Жалобы на вялость, отказ от еды, повторные рвоты, резкие боли в животе, выраженную желтушность кожных покровов. Эпизоды, подобные описанному выше, повторялись неоднократно. У ребенка в родильном доме отмечали затяжную желтуху, несвязанную с Rh — конфликтом и несовместимостью по системе крови АВО. Объективно: состояние тяжелое, вял, выраженная иктеричность кожных покровов и склер; границы сердца расширены, тахикардия, функциональный систолический шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см., селезенка на 4 см. Моча темная, стул окрашен. В анализе крови: Эр - 2,4x10<sup>12</sup>/литр, превалируют микросфероциты, Нв — 40 г/л, ретикулоциты 5%; СОЭ — 45 мм в час.

Вопрос: Ваш диагноз?

#### Задача № 3

Ребенок от 5-ой беременности, четвертых родов родился в срок с массой 3000 грамм, ростом 50 см. При рождении у ребенка отмечались иктеричность кожных покровов, выраженная вялость, слабый крик. Сосал вяло, срыгивал, были значительно увеличены печень и селезенка.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 4

Ребенок В., 5 лет, доставлен в больницу с жалобами на сыпь на коже конечностей, боли и припухлость голеностопных суставов, боли в животе.

Из анамнеза : месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до 38,5°C, с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз: лакунарная ангина. Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось,



появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин, голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный без каловых масс с примесью крови (типа мелены). Мочится достаточно, моча светлая.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эр.  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Ц.П. 0,85, тромбоциты  $432 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $10,5 \times 10^9/л$ , п/я – 9%, с/я – 61%, эоз – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, альбумины – 38 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, АСТ – 20 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, СРБ ++, средние молекулы 130 ЕД/л, АСЛ-О 250 ЕД/л (N до 200). Коагулограмма: протромбиновое время 110%, активированное частичное тромбопластиновое время 70 сек (N 60-70 сек), фибриноген 4,4 г/л, тромбиновое время 10 сек (N 10-20 сек), этаноловый тест отрицательный.

Вопрос: Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

#### Задача № 5

Мальчик С., 9 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. После года были повторные носовые кровотечения без видимой травмы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым. Общий анализ крови: Hb – 93 г/л, эр.  $3,7 \times 10^{12}/л$ , Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты  $230 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $9,0 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопрос: Ваш предполагаемый диагноз?

#### Задача № 6

Ребенку 6 мес. Родился с массой 3100 г, ростом 50 см, В настоящее время весит 5800 г, рост 62 см, бледная, сухая, эластичность снижена, имеются участки депигментации, легко собирается в складки на конечностях. Толщина подкожно-жирового слоя на животе 0,8 см, уменьшена на конечностях, уменьшен на лице. Отмечается мышечная гипотония, тургор тканей значительно снижен, ребенок заторможен, двигательная активность снижена. Appetit сниженный. Стул склонен к поносу. На грудном вскармливании, мать считает, что у неё мало молока.

Вопрос: Ваш диагноз?

#### Задача № 7

Ребенку 7 мес. Родился с массой 3400 г, ростом 59 см. С рождения на грудном вскармливании, прикормы не вводились. С первых дней жизни после кормлений вздутие живота, беспокойство, частый водянистый стул (до 10 раз в сутки) с кисловатым запахом с примесью слизи. Не обследован, отец мальчика не переносит молоко. В настоящее время весит 6000 г, рост 60 см. Кожа бледно-серая, дряблая, сухая, с кровоизлияниями, не расправляется на внутренней поверхности бедер, плеч и ягодицах. Подкожно-жировая клетчатка уменьшена на лице и полностью отсутствует на туловище и конечностях. Мышцы атрофичны, тургор мягких тканей отсутствует. Ребенок заторможен, лежит без движения, аппетит отсутствует, дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены, брадикардия, стул жидкий со слизью.

Вопрос: ваш предположительный диагноз и план обследования ребенка.

#### Задача №8

Ребенку 6 месяцев. Жалобы на вялость, резкое ухудшение аппетита, периодические рвоты, запоры. Известно, что в течение двух недель ребенок получал лечение масляным раствором витамином "D" по 5000 МЕ 4 раза в сутки. Объективно: состояние средней тяжести, ребенок вялый, заторможен, подкожно-жировая клетчатка истончена, эластичность кожи снижена, печень увеличена. Диурез достаточный несмотря на обезвоживание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С чем может быть связано ухудшение состояния ребенка?
3. Какие исследования могут подтвердить диагноз?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо срочно провести?

#### Задача №9

Ребенку 11 месяцев, осмотрен весной. Жалобы на судороги, которые повторяются неоднократно на протяжении двух дней на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния. Проводится специфическая терапия рахита. Объективно: состояние удовлетворительное, отмечаются выраженные лобные и теменные бугры, рахитические четки и браслеты, большой распластаный живот, большой родничок 0,2 на 0,2 см с плотными краями, положительные симптомы повышенной нервно-мышечной возбудимости: Хвостека, Люста, Труссо.

Вопросы:

1. Ваши диагнозы?
2. Этиология судорог?
3. Какие исследования необходимо срочно сделать ребенку?
4. Какую терапию необходимо рекомендовать для предупреждения повторения судорог?

#### Задача № 10

Мальчик 4-х лет, заболел остро 25/ХІІ, температура тела до 39,3°C, сухой резкий кашель, жалобы на сильные боли в животе. Дома была 3 раза рвота. Направлен на госпитализацию. В городе эпидемический подъем заболеваемости ОРВИ, гриппом. При поступлении состояние тяжелое, T-39,5°C, рвота, боли в животе. Кожа чистая, на щеках гиперемия, склеры инъецированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД- до 48 в 1 мин. В легких единичные сухие хрипы, тоны сердца учащены, чистые, ЧСС-140 в 1 мин. Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см. Селезенка не увеличена. Стула не было. Менингеальных симптомов нет. На коже

лице, в области шеи и передней поверхности груди единичные петехии. В общем анализе крови Нв-126 г/л, эр- 4,2 x 10<sup>12</sup>/л, цп 0,89, л- 6,75x10<sup>9</sup>/л, п/я -2%, с -45%, л-45%, м-8%, СОЭ-8мм/час., тромбоциты -280 x 10<sup>9</sup>/л. На рентгенограмме грудной клетки затемнение передне - внутреннего сегмента нижней доли левого легкого.  
Вопрос: Ваш предварительный диагноз?

#### Задача №11

Девочка 9 мес. заболела остро: температура тела 37,5°C, влажный, частый кашель, насморк. На следующий день состояние ухудшилось – усилился кашель, появился цианоз носогубного треугольника, одышка, Т=37,3°C.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, признаки дыхательной недостаточности. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. В легких с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы, число дыханий 50 в минуту. Одышка экспираторного характера, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Слизистая ротоглотки гиперемирована. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень пальпируется на 3,5 см ниже края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка +1 см. Стул оформленный, диурез адекватный. Менингеальных и очаговых симптомов нет. По УЗИ органов брюшной полости размеры печени и селезенки соответствуют возрастной норме. В общем анализе крови: Нв - 130 г/л; эр-3,9x10<sup>12</sup> /л; лейкоциты-7,3x10<sup>9</sup> /л; п-2%; с-23%; эоз-5%, л-68%; м-2%; СОЭ-15 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки резко усилен легочный рисунок, корни легкого расширены, тяжисты.

Вопрос: Предполагаемый диагноз.

#### Задача № 12

Девочка 4 месяцев, больна в течение трех дней, оявились заложенность носа, покашливания, снизился аппетит, стал беспокойным сон, температура тела в течение трех дней держалась в пределах 37,0-37,5°C. Осмотрена уч. педиатром, диагноз: ОРВИ, ринофарингит. Получала симптоматическое лечение (називин, мукалтин). Состояние ухудшилось на 4 день болезни, температура тела повысилась до 38°C, усилился кашель, появилась одышка. В легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Девочка госпитализирована. При осмотре в стационаре врачом приемного покоя состояние ребенка было оценено как тяжелое, отмечено втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, затруднение выдоха, проявляющееся шумным свистящим дыханием, периоральный цианоз. ЧДД соответствовала 60-65 в минуту. Перкуторно над легкими определялся легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха над всей поверхностью легких. Границы сердца оставались в норме. ЧСС соответствовала 140 уд/мин. Тоны сердца были слегка приглушены. Живот был несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень выступала из-под правого подреберья на 2 см. Стул был кашицеобразный, желтый, без патологических примесей. Проведена рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка.

Вопрос: обоснуйте и поставьте диагноз.

#### Задача № 13

Мальчик 1,5 лет. Мать обратилась к участковому врачу с жалобами, что накануне у ребенка повысилась температура до 37,5°C, появилась заложенность носа, стал плохо спать из-за сухого кашля. Из анамнеза известно, что до года ребенок находился на естественном вскармливании. До настоящего времени рос и развивался согласно возраста, не болел. В семье имеется еще один ребенок – девочка 4 лет, посещает детский сад, неделю назад

переболела ОРВИ. При осмотре участковым врачом мальчика, состояние его было оценено как средней тяжести, сохранялись субфебрильная температура, частый кашель, но он стал более продуктивным. Частота дыхания была в пределах 30-35 в минуту. Носовое дыхание было затруднено из-за слизистого отделяемого. Перкуторный звук над легкими был не изменен. При аускультации в легких выслушивались рассеянные разнокалиберные влажные хрипы.

Вопрос: обоснуйте и поставьте диагноз.

#### Задача № 14

Мальчик 9 лет, заболел остро, отмечался подъем температуры до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , появился сухой навязчивый болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. На искусственном вскармливании с рождения, на первом году жизни трижды перенес ОРВИ. Старше года часто болел ОРВИ (6-7 раз в год). При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, небные миндалины рыхлые, гиперплазия II степени, гиперемированы, без налетов. Дыхание кряхтящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, крепитирующие хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, Лейк –  $18,6 \times 10^9/\text{л}$ , п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Вопрос: поставьте диагноз и обоснуйте его.

#### Задача № 15

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку. Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. На искусственном вскармливании с 4 месяцев, с 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (8 раз в год), за год перенес 3 обструктивных бронхита. В 3, 5 года на фоне ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. В настоящее время поступил на 3 день болезни (ОРВИ) в связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля и одышки. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела  $37,7^{\circ}\text{C}$ , приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД – 32 в 1 минуту. Слизистая зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС-88 уд/мин. Общий анализ крови: Нв-120/л, Эр- $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Л- $4,8 \times 10^9/\text{л}$ , п/я 3%, с-51%, э-8%. Л-28%, м-10%, СОЭ-5 мм/час. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет. Осмотрен отоларингологом: аденоиды II-III степени.

Вопрос:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.

#### Задача № 16

Девочка, 13 лет, поступила впервые в связи повышением АД до 160–170/90–100 мм рт. ст., головной болью, головокружением, потемнением в глазах, после психоэмоциональных и физических нагрузок. С детства периодически носовые кровотечения, после которых головная боль проходит. Из анамнеза известно, что девочка от III беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в III триместре, II срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. С 1 года 4 месяцев наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На ЭХО–КГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечают: возбудимость, мраморность дистальных отделов кожных покровов, похолодание стоп, дистальный гипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца – усиление I тона на верхушке, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, выслушивается систолический шум с р.мах. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется. Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, Эр – 4,6x10<sup>12</sup>/л, Лейк – 5,1x10<sup>9</sup>/л, п/я – 2%, с/я – 63%, л – 30%, э – 2%, м – 3%, СОЭ – 7 мм/час.

Вопрос: сформулируйте клинический диагноз.

#### Задача № 17

Ребенку 3,5 мес. Жалобы на вялость, периодический цианоз лица, особенно при беспокойстве, учащенное дыхание, плохую прибавку в носе. Из анамнеза - ребенок от I беременности (во время которой мать дважды перенесла ОРВИ), срочных родов. Вес при рождении - 3 кг, закричала сразу, к груди приложен в 1 сутки. Находится на грудном вскармливании. В настоящее время весит 4200 г. Объективно: пониженного питания, дыхание - жесткое, границы сердца: правая - по прарастеральной линии, верхняя - 2 ребро, левая - по передней аксил-имрипп пинии. Гоны сердца- отчетливые, ритмичные, акцент второго юна на легочной артерии, над областью сердца выслушивается интенсивный систолический шум, с пунктум максимум 3-4 межреберье слева у грудины, ч.с.с. - 170 уд. в 1 мин. Печень выступает на 3 см. из-под края реберной дуги.

Вопрос: Ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 18

Маша И., 8 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 антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до 37,5-38,2°C. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная 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, отмечают произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной

сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено. Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр. –  $4,5 \times 10^{12}$  /л, Лейк. –  $4,4 \times 10^9$  /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, л - 48%. м - 2%, э – 2%, СОЭ - 10 мм/час. Иммунологические показатели: АСЛ-О – 1:2500 Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. ЭКГ: ЧСС-88 в 1 мин. Ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.  
Вопрос: обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.

#### Задача № 19

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

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес острую ревматическую лихорадку с полиартритом и кардитом в виде поражения митрального клапана, в результате чего сформировалась его недостаточность. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин. при ходьбе, которая уменьшается до 24 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I 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 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет. Клинический анализ крови: Нв - 115 г/л, Эр. –  $4,3 \times 10^{12}$  /л., Лейк.- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR - 0,18 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.  
Вопрос: Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.

#### Задача № 20

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка. При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не

увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный. Анализ крови клинический: Нб – 72 г/л; эр. –  $2,8 \times 10^{12}/л$ ; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50 г/л, Нт – 29 об%; лейкоц. –  $8,7 \times 10^9/л$ ; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб –  $390,0 \times 10^9/л$ ; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины:  $\alpha$  1 – 6%,  $\alpha$  2 – 10%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$  – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Вопрос: поставьте основной диагноз и обоснуйте его.

#### Задача № 21

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Беспокоят изжога, отрыжка с кислым запахом, боли за грудиной, возникающие после еды и ночью. Семейный анамнез: Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет – гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) – рак пищевода. При осмотре: рост 160 см, масса 50 кг. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в 1 мин. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, в нижней трети с гиперемией по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,6 см с наложениями фибрина. Кардия зияет. Складки кардиального сфинктера утолщены, определяется поперечная исчерченность. В просвете желудка слизь с примесью темной желчи. Слизистая оболочка желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, слизистая оболочка розовая. Слизистая оболочка постбульбарных отделов с гиперемией по верхушкам керкринговых складок, с единичными лимфангиоэктазиями на стенках. Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В нижней трети пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в нижней трети пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в нижней трети пищевода. Внутрижелудочная суточная рН-метрия: базальный уровень рН в пищеводе – 7 ед. (N – 4,1-7,0), в теле желудка 1,2-1,4 ед. (N – 1,6-2,0); в антральном отделе – 5 ед. (N – до 5). За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 ед.

Вопрос: сформулируйте и обоснуйте диагноз.

#### Задача № 22.

Девочка, 5 лет, при поступлении в стационар предъявляет жалобы на запоры по 3-4 дня, затрудненную дефекацию нередко небольшим количеством кала преимущественно после очистительной клизмы. Каловые массы очень плотные, колбасовидные, диаметром 3-4 см. беспокоят боли в животе перед стулом, метеоризм, неприятный запах изо рта. Ребёнок задерживает дефекации, особенно после 3 лет, когда стал посещать детский сад. За последние 2 месяца несколько раз отмечалось недержание кала. Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяцев, наблюдалась у невропатолога по поводу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Семейный анамнез: мать в течение многих лет страдает запорами, отец – здоров. При осмотре: рост – 110 см, масса – 19,5 кг. Кожные покровы бледно-розовые, суховатые, особенно в области нижних

конечностей. Склеры белые, язык географический. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 98 в минуту. Живот умеренно вздут при пальпации натощак, болезненность по ходу ободочной кишки, сигмовидная кишка уплотнена, расширена, пальпируются каловые массы. Печень +1 из-под края реберной дуги, слабopоложительные пузырьные симптомы (Кера, Мэрфи, Ортнера). Селезёнка не пальпируется. Анализ крови клинический: Hb – 118 г/л, эр –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, лейкоц. –  $7,1 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с/я – 48%, эоз. – 5%, лимф. – 42%, мон. – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Ирригография(скопия): толстая кишка расположена правильно, слегка расширена, поперечно-ободочный отдел обычного диаметра, гаустрация выражена умеренно, нисходящая ободочная кишка расширена, гипотонична, гаустрация выражена слабо, сигмовидная кишка имеет дополнительные петли, диаметр расширен, прямая кишка увеличена в диаметре, видно выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение неполное. Рисунок слизистой оболочки кишки перестроен.

Вопрос: поставьте диагноз.

Задача № 23.

Мальчик 13 лет, болен около 1 года. Ребенок жалуется на схваткообразные боли в животе различной локализации, появляющиеся после приёма пищи, уменьшающиеся после акта дефекации. Кроме того, отмечаются резкое снижение аппетита, похудание и учащенный до 5 раз в сутки разжиженный стул с примесью слизи и небольшого количества гноя. В течение последнего месяца беспокоит трещина в области ануса, которая не рубцуется на фоне местного лечения.

Родители ребёнка здоровы. У дедушки по линии отца признаки колита (не обследован).

При осмотре: Рост – 148 см, масса – 37 кг, бледность кожных покровов, слабо развитая подкожно-жировая клетчатка. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 90 в минуту. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, петли которой спазмированы. Выраженная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре ануса – трещина с подрывными краями. Печень +0,5, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Hb – 108 г/л, эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,83, тромбоциты –  $330 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $12 \times 10^9/л$ , п/я – 6%, с/я – 70%, эоз. – 2%, лимф. – 17%, мон. – 5%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1021, рН – 5,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, эр. – нет. Биохимический анализ крови: Общий белок – 62 г/л, альбумины – 50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 11%,  $\gamma$  – 22%, билирубин общий – 12 мкмоль/л, связанный – 10 мкмоль/л, АЛАТ – 22 ед/л, АсАТ – 42 ед/л, ЩФ – 430 ед/л (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120), железо – 12 мкмоль/л, ОЖСС – 72 мкмоль/л, СРБ – +.

Копрограмма: Цвет – тёмно-коричневый, неоформленный, рН – 7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоц. – 20-25 в поле зрения, эр. – 5-7 в поле зрения, реакция Грегерсона слабopоложительная. Колоноскопия: Осмотрена ободочная и 40 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка последней – бледно-розовая, в терминальных отделах с выраженной гиперплазией лимфатических фолликулов в виде «пакетов», принимающих вид «бульжной мостовой». Баугиниевая заслонка зияет, слепая кишка обычной формы, слизистая оболочка розовая. Ободочная кишка представлена мозаичным чередованием неизменной слизистой оболочки с участками отеочной гиперемированной, легко ранимой слизистой оболочки с множественным чередованием поражённых и неизменённых участков. На слизистой оболочке слепой и ободочной кишки глубокие щелевидные язвы, продольные, расположенные вдоль теней кишки, ободочная кишка ригидная. Взята лестничная биопсия. Гистологическое обследование фрагментов слизистой оболочки толстой кишки: Поражены все оболочки кишечной стенки, имеется глубокий фиброз, инфильтрация стенки макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами. Определяются эпителиоцелочные гранулы с клетками Пирогова-Лангерганса.

Вопросы: Поставьте диагноз.



#### Задача № 24

Мальчику 3 года. Жалобы на обширные отеки, вялость, снижение диуреза, которые появились у ребенка неделю назад на фоне полного здоровья. В анамнезе неоднократные проявления пищевой аллергии. Объективно: состояние по заболеванию тяжелое, самочувствие неплохое. Имеются выраженные отеки лица, ног, поясничной области, явления асцита. Тоны сердца отчетливые, ЧСС - 110 уд/мин. АД - 90/50 мм рт ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. В клиническом анализе мочи: белок - 20 г/л, лейкоциты 0 - 1 в поле зрения, эритроциты 0 - 1 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения. Суточный диурез 200 мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши рекомендации по диете, режиму, медикаментозной терапии?

#### Задача № 25

Ребенку 9 лет. Жалобы на редкое мочеиспускание, изменение цвета мочи ("мясные помои"), субфебрильную температуру, ухудшение самочувствия. Три недели назад перенес скарлатину. Объективно: отечность лица, АД - 140/90 мм рт. ст., число сердечных сокращений 120 в мин. Живот - пальпация безболезненная, печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить на основании анамнеза и клинических проявлений?

#### Задача № 26

У ребенка, 10 лет, через 3 недели после перенесенной стрептодермии развились отеки, появилась моча цвета «мясных помоев». АД - 130/80 мм рт.ст. Диурез - 550 мл. Общий анализ мочи - белок - 0,85 г/л, эритроциты - измененные все п/зр, Л. - 8-10 в п/зр, цилиндры гиалиновые - 1-2 в п/зр.

Вопрос: Установите предварительный диагноз

#### Задача № 27

Ребенок, 2 лет, доставлен из инфекционного отделения, где лечился по поводу острой кишечной инфекции, с жалобами на отсутствие мочи в течение 24 часов. Состояние тяжелое. Вялый, заторможен. Отечный синдром. АД 140/80 мм рт. ст. Дыхание глубокое, шумное, 32 в 1 минуту. Тахикардия, аритмия.

Вопросы: Установите диагноз, план обследования для уточнения диагноза

#### Задача № 28

Вызов врача неотложной помощи в 4 часа утра к мальчику Владиславу Ю. 4-х лет. Жалобы повышение температуры до 38,5°C, насморк, лающий кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1.5 года перенёс обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учёте не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре ребенок возбуждён. Кожа чистая, горячая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Нёбные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых

мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 35 в минуту. ЧСС – 126 уд.в мин., АД – 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см. изпод края реберной дуги.

Вопрос: Установите и обоснуйте диагноз.

#### Задача № 29

Ребенка 2,5 лет родители привезли в больницу в 6 часов утра. Анамнез заболевания: ребенок заболел остро, сегодня утром, когда у него повысилась температура тела до 39°C, появились кашель и насморк. Участковым врачом было диагностировано острое респираторное заболевание, назначено симптоматическое лечение (жаропонижающие, капли в нос, противокашлевые препараты). За час до приезда в больницу состояние ребенка резко ухудшилось: появилось беспокойство, затрудненное и шумное дыхание. Кашель стал грубым и лающим, появился преходящий цианоз кожи при возбуждении, родители самостоятельно привезли ребенка в больницу. При осмотре: инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, шумное дыхание, слышимое на расстоянии, цианоз носогубного треугольника. Ребенок вяло реагирует на болевые раздражители, на вопросы отвечает замедленно. Температура тела 38,5°C. ЧД 42 в 1 минуту. АД 95/55 мм рт.ст. ЧСС 120 уд/мин, SatO<sub>2</sub> 91%. Вес 13 кг.

Вопросы: Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.

#### Задача № 30

К ребенку 4 лет вызвана бригада «Скорой помощи». Ребенок болен в течение суток. Температура тела 39°C, боли в горле. Ночью боли в горле усилились, особенно при глотании, появилось затруднение дыхания. При осмотре: ребенок беспокойный, сознание ясное, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Поза «треножника». Голос тихий, разговаривает с трудом, слюнотечение. Кожа чистая, бледная, преходящий цианоз. Носовое дыхание свободное. Отек и гиперемия надгортанника, который хорошо виден при надавливании корня языка. Температура тела 38,8°C. ЧД 40 в 1 минуту. АД 95/50 мм.рт. ст. ЧСС 140 уд/мин. SatO<sub>2</sub> 89%.

Вопрос: Поставьте и обоснуйте диагноз.

#### Задача № 31

Люда Л., 1 год 4 мес, заболела остро с повышением температуры до 38,20С. После приема парацетамола температура снизилась до 37,0С, самочувствие девочки улучшилось, стала активной. Однако через 5 ч температура тела вновь повысилась до 39,10С. Однократно у ребенка была рвота, появился жидкий стул до 6 раз со слизью. На высоте лихорадки был кратковременный приступ тонико-клонических судорог. Родителями девочки вызвана с/помощь и больная бригадой реанимации доставлена в стационар. При поступлении состояние тяжелое, сознание угнетено до сомнолентности, очень вялая. Кожа бледная, периоральный цианоз. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 42 в 1 мин, тоны сердца значительно приглушены, ЧСС – 230 в 1 мин, пульс ритмичный, на а. pulmonalis практически не определяется. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот мягкий, чуть вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна при пальпации. Анус податлив. Стул скудный в виде небольших порций ржавой слизи, прожилки крови. Диурез сохранен. Клинический анализ крови: Нв - 132 г/л, Нт – 0,4, Эр - 4,0 x 10<sup>12</sup> /л, Лейк - 15,8x 10<sup>9</sup> /л; п/я-22%, с/я- 49%, э-0%, л- 24%, м-5%, токсическая зернистость нейтрофилов. СОЭ- 25 мм/час. Копрограмма: конс.- жидкая, слизь - большое кол-во, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты -20-30 в п/з, местами в слизи скопления до 150 в п/зр, эритроциты - до 100 в п/з, яйца глистов - отрицательно. Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1 в поле зрения, белок – 0,066 г/л. При

бактериологическом исследовании кала выделена культура *ShigellaSonnae*.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Определите тип диареи.

Задача № 32

Мальчик 4 лет заболел остро с появления лихорадки с повышением температуры до 39,70С, рвоты 2 раза. На высоте лихорадки возник приступ тонико-клонических судорог, длящийся около 2 минут. Родители вызвали с/помощь и ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении состояние мальчика тяжелое. Вялый, сознание угнетено до сомнолентности. Кожа бледная, легкий цианоз носогубного треугольника, «тени» вокруг глаз. Позывы на рвоту. Слизистая губ и полости рта яркие, не сухие. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 38 в 1 мин. Тоны сердца значительно приглушены, ЧСС – 230 в 1 мин, пульс ритмичный, слабого наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот мягкий, чуть вздут, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, болезненная при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Анус податлив. Стул при поступлении скудный в виде небольших порций ржавой слизи с прожилками крови. Диурез сохранен. Неврологический статус: ЧМН интактны, параличей и парезов нет. Определяется сомнительная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига 1700 с двух сторон. Данные эпид.анамнеза: мальчик вместе с родителями приехал 3 дня назад из Кыргызстана, где ел невымытые фрукты, пил некипяченую воду. Клинический анализ крови: Нв - 138 г/л, Нт – 0,4, Эр - 4,2 x 10<sup>12</sup> /л, Лейк – 20,0 x 10<sup>9</sup> /л; п/я-22%, с/я- 47%, э-0%, л- 26%, м-5%. СОЭ- 35 мм/час. Копрограмма: конс.- жидкая, слизь - большое кол-во, реакция кала - щелочная, мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++), лейкоциты -30-50 в п/з, местами в слизи скопления до 100 в п/зр, эритроциты – 50-70 в п/з, яйца глистов - отрицательно. Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1 в поле зрения, белок – 0,033 г/л. При бактериологическом исследовании кала выделена культура *Shigelladisenteria*.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Определите тип диареи.

Задача № 33

Девочка 2 мес. Родилась в срок, на грудном вскармливании. Психическое и физическое развитие соответствует возрасту. У отца ребенка в последние 2 недели отмечался кашель. Со слов мамы при нормальной температуре у ребенка появился кашель, который в последующие дни усиливался. Через неделю ребенок госпитализирован по тяжести состояния с диагнозом ОРВИ, пневмония? При поступлении: состояние средней тяжести. Бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей. В конце второй недели заболевания состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал приступообразным 30 раз в сутки с рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой он синел, и несколько раз отмечались судороги. Затем появилась температура тела до 38,5°С, в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 160 ударов в мин. Ребенок стал вялый, временами беспокойный. Клинический анализ крови: НБ = 128 г/л, Эр –

3,8 x 10<sup>12</sup>/л, цв. п. – 0,87, Лейк – 18,2 x 10 /л; п/я = 5%, с/я = 19%, э – 5%, л = 70%, м = 1%; СОЭ = 8 мм/час. На рентгенограмме усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. Вопрос: поставьте клинический диагноз.

#### Задача № 34

Ребенок 1,5 мес. от 1 –ой нормальной беременности. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании. Психическое и физиологическое развитие соответствует возрасту. Отец ребенка последние две недели кашлял. 14/VI у ребенка появился кашель при нормальной температуре. Кашель в последующие дни усиливался. Участковый врач диагностировал ОРВИ. 22/VII ребенок госпитализирован.

Состояние при поступлении средней тяжести. Бледный. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей. При дальнейшем пребывании в стационаре состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал приступообразным до 20-30 раз в сутки с рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой он синел, и несколько раз отмечались судороги. 25/VII поднялась температура до 38,5° С. в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 100 в 1 мин.

Стал вялым, временами беспокойным.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной пневматизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах.

В общем анализе крови: Нв-132 г/л, эр- 4,0 x 10<sup>12</sup> /л, цп 0,87, л- 16,6 x 10<sup>9</sup> /л, п/я – 4, с /я – 16, э – 3, л-79, м-1, СОЭ-20 мм/час .

Вопросы: поставьте клинический диагноз.

#### Задача № 35

Юноша 16 лет, при проведении призывной комиссии заподозрено наличие врожденного порока сердца. Из анамнеза известно, что с рождения над сердцем выслушивался систолический шум, бронхолегочной патологией в детстве не болел, толерантность к физическим нагрузкам удовлетворительная, синкопальные состояния отрицает. Наблюдение специалистами: наблюдается ЛОР с диагнозом: хронический компенсированный тонзиллит, у кардиолога не наблюдается. Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, достаточного питания. Кожа чистая, смуглая. Зев без гиперемии, небные миндалины II степени гипертрофии, без налетов. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС 78 уд./мин, ЧД 18 в мин. Сердечный толчок не визуализируется, верхушечный толчок в V межреберье, удовлетворительной силы, локализованный, границы относительной сердечной тупости: правая по правой стеральной линии, верхняя III ребро, левая — на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца звучные, ритмичные, соотношение правильное, выслушивается дующий интенсивный систолический шум над всей областью сердца, *punctum maximum* в IV межреберье слева, проводится в левую аксиллярную область и в межлопаточное пространство, усиливается лежа на спине и на левом боку. Над легкими симметричный ясный легочный звук, дыхание везикулярное. По органам и системам без особенностей. Вопрос: обоснуйте Ваш диагноз.

#### Задача № 36

Мальчик К., 11 мес, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и усиление цианоза при физическом и эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-

месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов с 6-месячного возраста. При кормлении отмечается быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. Бронхитом и пневмонией не болел. При осмотре: кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком, выраженным акроцианозом. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой среднелючичной линии, правая — по правой парастеральной линии, верхняя — второе межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС — 150 в минуту, ЧД — 56 в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гематокрит — 49% (норма 31—47%), гемоглобин — 170 г/л, эритроциты —  $5,4 \cdot 10^{12}$ /л, цветовой показатель-0,91, МСУ-82фл, МСН-25 пг, МСНС - 35 г%, RDW — 13,2%, лейкоциты —  $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 26%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 64%, моноциты — 6%, СОЭ — 2 мм/ч. Кислотно-основное состояние крови:  $pO_2$  — 62 мм рт. ст. (норма 80—100),  $pCO_2$  — 50 мм рт. ст. (норма 36-40), pH — 7,29, BE = -8,5 ммоль/л (норма -2,0 ... + 2,0). Вопрос: сформулируйте предварительный диагноз.

#### Задача № 37

Девочка, 13 лет, поступила впервые в связи повышением АД до 160—170/90—100 мм рт. ст., головной болью, головокружением, потемнением в глазах, после психоэмоциональных и физических нагрузок. С детства периодически носовые кровотечения, после которых головная боль проходит. Из анамнеза известно, что девочка от третьей беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в 111 триместре, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. С 1 года 4 мес наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На ЭХОКГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечаются: возбудимость, мраморность дис-талльных отделов кожных покровов, похолодание стоп, дистальный гипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца усиление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, выслушивается систолический шум с р. max. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется. Общий анализ крови: Hb — 130 г/л, эритроциты —  $4,6 \times 10^{12}$ /л, MCV — 82 фл, МСН - 24 пг, МСНС - 34 г%, RDW— 14,2%, лейкоциты -  $5,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 63%, лимфоциты — 30%, эозинофилы — 2%, моноциты — 3%, СОЭ — 7 мм/ч.

Вопрос: сформулируйте клинический диагноз

#### Задача № 38

Ребенку 3,5 мес. Жалобы на вялость, периодический цианоз лица, особенно при беспокойстве, учащенное дыхание, плохую прибавку в весе. Из анамнеза — ребенок от 1-й беременности (во время которой мать дважды перенесла ОРВИ), срочных родов. Масса при рождении — 3000 г, закричала сразу, к груди приложен в 1-е сутки.

Находится на грудном вскармливании. В настоящее время весит 4200 г. Объективно: пониженное питание, дыхание — жесткое, границы сердца: правая — по парастеральной линии, верхняя — II ребро, левая — по передней аксиллярной линии. Тоны сердца — отчетливые, ритмичные, акцент II тона на легочной артерии, над областью сердца выслушивается интенсивный систолический шум, с пункту максимум — третье-четвертое межреберье слева у грудины, ЧСС — 170 в минуту. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

Вопрос: ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 39

У ребенка 6 мес выявлен систолический шум. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности и срочных родов; родился с массой 3400 г, рост 52 см. Объективно: деформации грудной клетки в области сердца нет, сердечный толчок не усилен, границы соответствуют возрасту. Тоны сердца ритмичные, громкие, на верхушке и в точке Боткина выслушивается систолический шум, средней интенсивности. Пульс — 126 в минуту. Пульсация на нижних конечностях сохранена. Печень не увеличена.

Вопрос: Ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 40

Мальчик 6 мес, родился от первой беременности. На 10-й неделе у матери грипп с угрозой прерывания беременности. Роды в срок, при рождении нормотрофия, к груди приложен в первые сутки, сосал вяло. На естественном вскармливании, прибавки в массе до 6 месяцев — 400-500 г в месяц. Перенес ОРВИ в 2 и 5 месяцев, в 3 месяца — острый бронхолит. При осмотре состояние средней тяжести, мальчик вялый, бледность кожных покровов, периоральный цианоз при плаче. Снижен подкожно-жировой слой на туловище, конечностях. Ушные раковины аномальной формы, арахнодактилия. ЧД — 40 в минуту, в легких дыхание пуэрильное, единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы, при перкуссии — ясный легочный звук. Верхушечный толчок в четвертом межреберье, усилен. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, верхняя — второе межреберье слева, левая — на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, систолодиастолический шум над всей областью сердца с пунктом максимум во втором межреберье слева, проводится в межлопаточное пространство. Живот мягкий, печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Диурез достаточный.

Вопрос: поставьте предварительный диагноз.

#### Задача № 41

Мальчик 9 мес. Поступил в клинику с жалобами родителей на одышку, почти постоянный кашель, частые респираторные заболевания и отставание в физическом развитии. Объективно: кожные покровы бледные, потные, одышка в покое. Леворасположенный сердечный горб. Слева от грудины в четвертом межреберье грубый систолический шум, II тон над легочной артерией усилен. Диурез снижен. Отеки на ногах, мошонке.

Вопрос: Ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 42

На приеме у невропатолога девочка 11 лет. За месяц до обращения к врачу перенесла ангину. Последнее время стала уставать, хуже учиться, появились раздражительность, плаксивость, подергивания мимической мускулатуры, неустойчивость походки, изменился почерк. Объективно: расширение границ сердца, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца, кроме того, снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, нарушение координационных проб.

Вопрос: ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 43

У ребенка 10 лет через 2 нед после перенесенной ангины повысилась температура до 38°C, появились боли, покраснение и припухлость сначала в коленных, а потом голеностопных суставах. Объективно: припухлость, ограничение движения и болезненность в области коленных и голеностопных суставов, расширение границ сердца влево, тахикардия до 108 в минуту, приглушенность I тона, музыкальный систолический шум в области верхушки и

точке Боткина. АД — 90/50 мм рт. ст. В анализе крови: эритроциты —  $4,3 > 10^{12}/л$ , MCV - 84 фл, MCH - 28 пг, MCHC - 330 г/л, RDW - 13,5%, lib - 132 г/л, лейкоциты —  $12 \times 10^{12}/л$ , СОЭ — 48 мм/ч.

Вопрос: ваш предположительный диагноз?

#### Задача № 44

Ребенку 1,5 года. Жалобы на вялость, отказ от еды, повышение температуры до  $38^{\circ}C$ , насморк, кашель. Болен 7 дней. За последние 2 дня состояние ухудшилось, несмотря на уменьшение катаральных явлений и снижение температуры. Объективно: общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, зев гиперемирован. Над легкими при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание жесткое, хрипы не слышны. Границы сердца: правая — по средне-ключичной линии, верхняя — II ребро, левая — на 3 см влево от сосковой линии. Пульс — 180 в минуту. Тоны ритмичны, приглушены, выслушивается нежный систолический шум на верхушке.

Вопрос: с чем связано ухудшение состояния ребенка?

#### Задача № 45

Ребенку 12 лет. Жалобы на припухлость, покраснение и болезненность суставов, сыпь на коже. Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная. Анулярная эритема в области крупных суставов. Правый голеностопный и оба коленных сустава гиперемированы, увеличены в размерах, горячие на ощупь, болезненны. Границы сердца расширены влево, тоны приглушены, выслушивается дующий систолический шум, который проводится за пределы сердца; пульс — 110 в минуту, АД — 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: эритроциты —  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb — 136 г/л, MCV - 88 фл, MCH - 28 пг, MCHC - 340 г/л, RDW — 14%, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 58 мм/ч. СРБ (++++). На ЭКГ - атриовентрикулярная блокада 1 степени, мышечные изменения.

Вопрос: ваш предположительный развернутый диагноз?

#### Задача № 46

Ребенок 4 лет находится в стационаре по поводу полисегментарной пневмонии. На 6-й день пребывания в стационаре ухудшилось общее состояние, появились вялость, одышка, тахикардия, расширение границ сердца в поперечнике, приглушенность тонов, особенно I тона, функциональный систолический шум.

Вопрос: с чем связано ухудшение состояния ребенка?

#### Задача № 47

Больной Р., 1 год 4 мес, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение двух месяцев. Мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Физическое и психомоторное развитие по возрасту. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ? Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела  $37,2-37,5^{\circ}C$ . С этого времени мальчик стал вялым, уставал «ходить ножками». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания. В клиническом анализе крови: Hb — 100 г/л, эритроциты —  $3,9 \times 10^{12}/л$ , MCV — 68 фл, MCH - 26 пг, MCHC - 26%, RDW - 17,2% лейкоциты -  $6,4 \times 10^9/л$ , палочкоядерные — 5%, сегментоядерные — 47%, эозинофилы — 1%, базофилы — 1%, моноциты — 3%, лимфоциты — 43%, СОЭ — 11 мм/ч. Был госпитализирован с диагнозом — железодефицитная анемия. Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах. При поступлении

состояние тяжелое. Выражена вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах влажные хрипы. ЧД — 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены границы сердца до передней аксиллярной линии. Гоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС — 160 в минуту. Печень + 7 см по правой среднеключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится маю, стул оформлен. Клинический анализ крови: НЬ — 100 г/л, эритроциты —  $4,5 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель — 0,76, MCV — 65 фл, MCH - 22 пг, MCHC - 280 г/л, RDW- 20%, лейкоциты- $6,3 \times 10^9/л$ , палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 48%, эозинофилы — 1%, базофилы — 1%, лимфоциты — 40%, моноциты — 8%, СОЭ — 10 мм/ч. Вопрос: какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?

#### Задача № 48

Маша И., 8 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 нед назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до  $37,5-38,2^{\circ}C$ . Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная 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 произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , MCV— 82 фл, MCH - 28 пг, MCHC — 340 г/л, RDW— 13%, лейкоциты —  $4,4 \times 10^9/л$ , палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 46%, лимфоциты — 48%, моноциты — 2%, эозинофилы — 2%, СОЭ — 10 мм/ч. Иммунологические показатели: АСЛ-0 — 1:2500. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1015, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. ЭКГ: ЧСС — 88 в минуту. Ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

Вопрос: обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.

#### Задача № 49

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

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес острую ревматическую лихорадку с полиартритом и кардитом в виде поражения митрального клапана, в результате чего сформировалась его недостаточность. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в минуту при ходьбе, которая уменьшается до 24 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации



верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. В области четвертого-пятого межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя — во втором межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I 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 втором—третьем межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений — 100 в минуту. АД — 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень + 3 см по среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет. Клинический анализ крови: НЬ — 115 г/л, эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV — 84 фл, MCH — 28 пг, MCHC — 340 г/л, R.DW— 13,6%, лейкоциты —  $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 59%, эозинофилы — .3%, лимфоциты — 28%, моноциты — 3%, СОЭ — 35 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR— 0,18 секунд, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка. Вопрос: обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.

### 5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 480 с.
2. Детская гастроэнтерология : [руководство] / Т. Г. Авдеева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 186 с.
3. Детская эндокринология: учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 256 с.
4. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков : учебн. пособие / под ред. проф. Н.П. Шабалова. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2017. - 416 с.
5. Кардиология детского возраста / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозёрова, Л. В. Бретель. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 784 с.
6. Клиническая диетология детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. проф. Т.Э. Боровик, проф. К.С. Ладодо. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. — 720 с.
7. Неотложная педиатрия : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 832 с.
8. Педиатрия. Клинические рекомендации // Под ред. А.А. Баранова – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 432 с.
9. Педиатрия: Национальное руководство: в 2-х томах. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009.- т.1 -1024 с., т.2 -1024 с.
10. Пропедевтика детских болезней // Под ред. В.В.Юрьева, М.М.Хомича.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 720с
11. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей. /М-во здравоохранения и соц.развития Российской Федерации; под ред. А.А.Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692 с.
12. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей- М.: ГЭОТАР –Медиа, 2011.- 688 с.

13. Александрович Ю.С. Интенсивная терапия новорожденных. Руководство для врачей /Ю.С.Александрович, К.В.Пшениснов. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2013. – 672 с.
14. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей./М-во здравоохранения и соц. Развития Российской Федерации; под ред. А.А. Баранова. – Союз педиатров России, 2012. – 692 с.
15. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П.Шабалов. – 6-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
16. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XVI//Под ред. А.Г.Чучалина – М.: ООО «Здоровье человека», 2015. – 1015 с.
17. Анемии новорожденных. Диагностика, профилактика, лечение (Национальные клинические рекомендации). 2015. 34 с. [Электронный ресурс], - [www.femb.ru](http://www.femb.ru).
18. Внутрижелудочковые кровоизлияния, постгеморрагическая гидроцефалия у новорожденных детей. Принципы оказания медицинской помощи (Национальные клинические рекомендации). 2015. 29 с. [Электронный ресурс], - [www.femb.ru](http://www.femb.ru).
19. Энтеральное вскармливание недоношенных детей (Национальные клинические рекомендации). 2015. 28 с. [Электронный ресурс], - [www.femb.ru](http://www.femb.ru)
20. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденных инфекций, вызванных вирусами простого герпеса (Национальные клинические рекомендации). 2016. 26 с. [Электронный ресурс], -[www.femb.ru](http://www.femb.ru).
21. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной инфекции, вызванной парвовирусом В19V (Национальные клинические рекомендации). 2016. 21 с. [Электронный ресурс], - [www.femb.ru](http://www.femb.ru).
22. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции (Национальные клинические рекомендации). 2016. 30 с. [Электронный ресурс], - [www.femb.ru](http://www.femb.ru)..

#### Дополнительная литература:

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей / И.И. Балаболкин, В.А. Булгакова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. — 144 с.
2. Баранов А.А., Кучма Р.В. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 г.- 432 с.
3. Вакцины и вакцинация: национальное руководство: краткое издание / [В.А. Аксёнова [и др.]; под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хайтова ; Ассоц. мед. обществ по качеству; [Всерос. науч.-практ. о-во эпидемиологов, микробиологов и паразитологов; Рос. ассоц. аллергологов и клинич. иммунологов]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 636 с.
4. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного : руководство / Г. М. Савельева, А. Г. Конопляников, М. А. Курцер, О. Б. Панина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 144 с.
5. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред.А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.
6. Нефрология. Клинические рекомендации / под ред. Е. М. Шилова, А. В. Смирнова, Н. Л. Козловской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 816 с.
7. Подростковая медицина: Руководство.2-е изд., исправл. и дополн. /Под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликова.– СПб.: Питер, 2006. – 544 с.
8. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство в 2 т. /Под ред В.В.Долгова, В.В.Меньшикова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

#### Методические рекомендации и пособия по изучению программы:

1. Александрович И.В., Шатилло И.М. Желтухи у новорожденных детей. Пособие для врачей.- СПб.: ООО «Адмирал», 2013. – 42 с.
2. Алфёров В.П., Романюк Ф.П., Пройда Л.Н. Питание детей раннего возраста. Пособие для врачей,- СПб., ООО «Информационно-рекламное агенство «Аллель», 2009. - 48 с.
3. Боли в костях и суставах в практике педиатра: учебное пособие /В.В. Юрьев, И.Ю. Мельникова, И.А. Леонова, А.П. Листопадова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. -56с.
4. Исследование суставов у детей: учебное пособие /В.В. Юрьев, И.Ю. Мельникова, И.А. Леонова, А.П. Листопадова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 56с.
5. Кузьмина Н.В., Колмо Е.А. Заболевания миокарда у детей. Пособие для врачей.- СПб.: ООО «АНТТ-Принт», 2013 г. – 56 с.
6. Луппова Н.Е. Инфекция мочевой системы у детей: современные подходы к диагностике и лечению: учебное пособие / Н.Е. Луппова, Л.А. Ключко. - СПб.: ИПК «Коста», 2015 - 88 с.
7. Мельникова И.Ю. Миокардиты у детей раннего возраста. Учебное пособие.- СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова 2015. - 32 с.
8. Мельникова И.Ю., Михайлова О.В. Анемии у детей: Учебное пособие. – СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. - 60 с.
9. Муратова М.В., Романюк Ф.П., Муратов М.В., Генералова О.В. Рациональная терапия заболеваний верхних дыхательных путей у детей при ОРВИ. Методические рекомендации. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. – 24 с.
10. Орлов А.В., Симонова О.И., Романенко О.И., Шадрин Д.И.. Муковисцидоз (клиника, диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация). Учебное пособие для врачей.- СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2010. -119 с.
11. Орлов А.В., Симонова О.И., Рославцева Е.А. Практика лечения больных муковисцидозом. Учебное пособие.- СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012 г. - 46 с.
12. Орлов А.В., Титова Е.Л. Практика современной ингаляционной терапии. Учебное пособие.- СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. – 48 с.
13. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Диетотерапия детей первого года жизни с функциональными нарушениями пищеварения. Учебное пособие. – СПб.: ООО «Информационно-рекламное агенство «Аллель», 2009. – 48 с.
14. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Нарушение микроэкологии кишечника у детей и способы его коррекции. Методическое пособие.. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2011- 32 с.
15. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Румянцева И.В. Болезни билиарного тракта у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение: Учебное пособие/ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. - СПб.: ООО ИПК «Коста», 2015. - 104 с.
16. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Румянцева И.В. Заболевания билиарного тракта у детей (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Методическое пособие.. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2011- 96 с.
17. Романюк Ф.П., Алфёров В.П. Клиника и лечение атопического дерматита у детей. Пособие для врачей – СПб.; ЦНИТ «Астерион», 2011. – 72 с.
18. Романюк Ф.П., Алфёров В.П., Сидорова Т.А., Харит С.М. Часто и длительно болеющие дети: дифференциальная диагностика, лечение и профилактика. Руководство для педиатров. – СПб.: ООО «Ай-Пи», 2011.-230 с.
19. Романюк Ф.П., Алфёров В.П., Колмо Е.А., Чугунова О.В. Рахит. Пособие для врачей.- СПб.: ООО «Ай-Пи», 2009 – 67 с.
20. Рычкова С.В. Заболевания гастродуоденальной зоны у детей. Учебное пособие для врачей – СПб.; ЦНИТ «Астерион», 2011. – 38 с.

21. Рычкова С.В. Заболевания желчевыводящих путей. Учебное пособие для врачей – СПб.; ЦНИТ «Астерион», 2010. – 35 с.
22. Рябчук Ф.Н., Александрова В.А., Пирогова З.И. Персистирующие инфекции у детей внутриутробного, неонатального и постнатального происхождения. Учебное пособие.- СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. -65 с.
23. Рябчук Ф.Н., Пирогова З.И. Синдромная помощь при неотложных состояниях у детей. Учебное пособие.- СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. -76 с.
24. Сидорова Т.А., Алферов В.П., Романюк Ф.П. и др. Клиника и лечение респираторных аллергозов у детей. Пособие для врачей.- СПб.: ООО «ВИАМ СПб», 2012. - 94 с.
24. Шатилло И.М., Романюк Ф.П. Перинатальная патология, ассоциированная со стрептококками группы В.- СПб.: ООО «Ай-Пи», 2010 – 36 с.
25. Александрович И.В., Шатилло И.М. Дифференциальный диагноз неонатальных желтух. Учебное пособие. СПб.: Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2016. – 50 с.
26. Клинические протоколы оказания медицинской помощи в условиях родильного дома: учебное пособие/Под ред. Ф.П.Романюка, А.С.Иова, В.А.Любименко – СПб.: Астерион, 2015. – 68 с.
27. Методическое письмо № 15-4/10/2-3204 от 21 апреля 2010 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

### **НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ**

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.11.2012 г. № 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 №1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».
4. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
6. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»
11. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2007 № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»

12. Приказ Минздравсоцразвития России от 16. 04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».