

ПЕДІАТРІЯ

**збірник ситуаційних задач для
підготовки до Державних іспитів
з дитячих хвороб
з дитячими інфекційними хворобами та
дитячою фтизіатрією**



Запоріжжя 2016

УДК: 616-053.2(08)

П24

Заклад-розробник:

Запорізький державний медичний університет

Укладачі:

- Леженко Г.О.** – завідувач кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук, професор;
- Резніченко Ю.Г.** – професор кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук;
- Пашкова О.Є.** – доцент кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук;
- Гиря О.М.** – доцент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук;
- Каменщик А.В.** – асистент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук;
- Врублевська С.В.** – асистент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук;
- Лебединець О.М.** – асистент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук.
- Гладун К.В.** – асистент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук;

ПЕДІАТРІЯ (збірник ситуаційних задач для підготовки до Державних іспитів з дитячих хвороб з дитячими інфекційними хворобами та дитячою фтизіатрією): Навчальне електронне видання.- Запоріжжя, 2016.- 282 с.

Рецензенти:

Шумна Т.Є. – доктор медичних наук, доцент кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного універс

Недільська С.М. – доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету

В збірнику представлені ситуаційні задачі для підготовки до Державного іспиту з педіатрії, перелік питань та практичних навичок, що перевіряються під час проведення Державного іспиту. Для студентів VI курсу медичного факультету, що навчаються за фахом «педіатрія», «лікувальна справа».

Навчальний посібник затверджено на засіданні Центральної методичної Ради Запорізького державного медичного університету

Протокол № 4 від 26.02.2015 р.

ЗМІСТ

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ З ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ, ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ.....	5
ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПЕРЕВІРКИ ОСНОВНИХ УМІНЬ ТА НАВИЧОК.	12
ПЕДІАТРІЯ.....	12
ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	14
ДИТЯЧА ФТИЗИАТРІЯ.....	15
ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПЕРЕВІРКИ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗНАНЬ:.....	17
ПЕДІАТРІЯ.....	17
ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	27
ДИТЯЧА ФТИЗИАТРІЯ.....	30
СТРУКТУРА ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ	31
ЗАДАЧІ З ДІАГНОСТИКИ НЕВІДКЛАДНОГО СТАНУ.....	41
ЗАДАЧІ З ВИЗНАЧЕННЯ ТАКТИКИ І НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	74
ЗАДАЧІ З ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	99
ЗАДАЧІ З ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	117
ЗАДАЧІ З ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ.....	165
ЗАДАЧІ З ДИТЯЧОЇ ІНФЕКЦІЇ.....	185
ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ, ЯКІ ПЕРЕВІРЯЮТЬСЯ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ДРУГОЇ ЧАСТИНИ ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ.....	204
ДОДАТКИ.....	205
Додаток 1 Синдроми та симптоми за спеціальністю «Педіатрія».....	205
Додаток 2 (Захворювання).	206
Додаток 3 ПЕРЕЛІК ЗВІТНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ.....	209
Додаток 4 МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ.....	210
Додаток 5 МЕДИЧНІ МАНІПУЛЯЦІЇ, ЯКІ ПЕРЕВІРЯЮТЬСЯ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ДРУГОЇ ЧАСТИНИ ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ	230
Техніка виконання штучного дихання.....	230

Техніка виконання непрямого масажу серця	232
Відновлення прохідності дихальних шляхів.....	234
Реєстрація ЕКГ	237
Зупинка зовнішніх кровотеч	239
Первинна обробка рани	244
Промивання шлунка, кишечника	245
Транспортна іммобілізація.....	250
Техніка виконання ін'єкцій лікарських речовин	252
Вимірювання артеріального і венозного тиску	257
Катетеризація сечового міхура м'яким зондом	262
Первинний туалет новонародженого	264
Визначення групи крові, резус належності	266
Переливання компонентів крові і кровозамінників	270
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	273
З ПЕДІАТРІЇ:	273
З ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ.....	277
З ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ.....	280
ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ	281

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ З ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ, ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ

Метою проведення комплексного державного іспиту з педіатрії, дитячих інфекційних хвороб та дитячої фтизіатрії є перевірка у студентів основних умінь та навичок згідно з вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики та науково-теоретичної підготовки з професійно-орієнтованих дисциплін: педіатрія, дитячі інфекційні хвороби, дитяча фтизіатрія.

При визначенні підготовки випускників з **педіатрії** перевіряється:

1. Збирання інформації про пацієнта (скарги, анамнез, фізичне обстеження).
2. Оцінка результатів лабораторного та інструментального дослідження.
3. Встановлення попереднього діагнозу захворювання.
4. Складання плану профілактичних та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб.
5. Визначення принципу та характеру лікування захворювання.
6. Визначення режиму та дієти при лікуванні.
7. Визначення тактики ведення дітей, що підлягають диспансерному нагляду.

У результаті складання комплексного державного іспиту студент повинен

знати:

1. Систему організації надання медичної допомоги дітям в Україні, основні показники діяльності педіатричної служби, державні та відомчі документи, які визначають всі напрямки діяльності;
2. Анатомо-фізіологічні особливості функціонування різних органів та систем дитячого організму і особливості обміну речовин;
3. Сучасні погляди на етіологію і патогенез, клініку, класифікацію, методи діагностики, лікування, профілактики та особливості перебігу захворювань дитячого віку;
4. Методи надання невідкладної допомоги дітям та проведення інтенсивної терапії на догоспітальному та госпітальному етапах лікування;
5. Способи реабілітації та санаторно-курортного лікування різних захворювань у дітей. В результаті вивчення дитячих хвороб випускники повинні вміти:
6. Методику загартування дітей раннього віку та дітей, які часто хворіють.

7. Методику підготовки дітей до вступу до дитячих дошкільних закладів, школи, передачі підлітків до поліклініки для дорослих.
8. Правила проведення профілактичних, протиепідемічних та оздоровчих заходів у дитячому колективі.
9. Правила проведення оксигенотерапії.
10. Перев'язка пуповини та догляд за пуповинним залишком та пуповинною ранкою у новонародженого.
11. Проведення первинного туалету новонародженого.
12. Правила виходжування недоношених та травмованих новонароджених дітей в кувезах.
13. Транспортування новонароджених дітей та немовлят.
14. Методику проведення замінного переливання крові при гемолітичній хворобі новонародженого.
15. Методику катетеризування судин (пупкової вени, підключичної вени).
16. Показання до парентерального харчування повного чи часткового при критичних станах у дітей.
17. Методику проведення інтубації трахеї.

вміти:

1. Уміти встановлювати психологічний та мовний контакт зі здоровими та хворими дітьми, вірно будувати свої взаємовідносини з батьками хворої дитини.
2. Володіти методикою опитування (скарги, анамнез хвороби, анамнез життя).
3. Володіти методикою клінічного обстеження органів та систем дитячого організму (огляд, пальпація, перкусія, аускультация).
4. Виділяти провідний синдром, встановлювати найбільш вірогідний або синдромний діагноз.
5. Складати план обстеження.
6. Проводити внутрішньосиндромну диференційну діагностику.
7. Виставляти попередній клінічний діагноз.
8. Визначати принципи лікування та тактики ведення хворого, у т.ч. необхідного режиму праці та відпочинку, дієти.
9. Уміти оформити:
 - історію розвитку дитини;
 - історію хвороби дитини;
 - виписку із історії хвороби;
 - епікриз;
 - термінове повідомлення до СЕС про інфекційне захворювання;
 - листок непрацездатності;

- форму обліку диспансерного спостереження за хворою дитиною;
 - карту щеплень;
 - карту санаторно-курортного відбору;
 - епікриз на підлітка;
 - рецепт в аптеку для безкоштовного отримання ліків;
10. Уміти оцінювати фізичний розвиток дитини (проведення антропометричних обстежень: зріст, маса тіла, вимір окружності голови і грудної клітки та оцінка отриманих даних).
 11. Уміти оцінювати нервово-психічний розвиток дитини.
 12. Оцінювати здоров'я дитини за групами здоров'я.
 13. Визначити працездатність та групу занять фізичною культурою у школярів.
 14. Уміти оцінити ступінь тяжкості дитини.
 15. Уміти обчислювати та оцінювати захворюваність дітей: загальну захворюваність, захворюваність за окремими нозологічними одиницями, смертність немовлят, індекс здоров'я, летальність, неонатальну та післянеонатальну смертність.
 16. Розрахувати необхідний обсяг інфузійних розчинів для корекції порушень водно-електролітного обміну при токсикозі з ексикозом різного ступеня тяжкості.
 17. Уміти призначити різні види фізіотерапевтичних процедур при патологічних станах у дітей.
 18. Уміти розрахувати терапевтичну та дозу насичення серцевих глікозидів. Невідкладна допомога при передозуванні серцевих глікозидів.
 19. Вигодовування доношеної, недоношеної дитини в умовах норми та патології. Розрахунок та корекція вигодовування.
 20. Уміти провести лікувальну клізму.
 21. Володіти технікою введення ліків (через рот, пряму кишку, інгаляційно, підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовенно).
 22. Уміти відсмоктати слиз з верхніх дихальних шляхів.
 23. Уміти провести подразнюючі рефлекторні заходи (застосування грілки, сухого тепла, банок, гірчичників, гірчичних обгорткувань, гірчичної ванни, застосування холоду).
 24. Уміти провести дренаж трахеобронхіального дерева.
 25. Уміти розрахувати курс ферротерапії при анемії у дітей.
 26. Уміти розрахувати курс інсулінотерапії при цукровому діабеті у дітей.
 27. Уміти провести бесіду на санітарно-освітню тему.

При перевірці знань студентів з **дитячих інфекційних хвороб** контролюється

- визначення різних клінічних варіантів перебігу найбільш поширених інфекційних захворювань з синдромом екзантеми (кору, краснухи, вітряної віспи, скарлатини, псевдотуберкульозу), дитячих респіраторних інфекцій (дифтерії, інфекційного мононуклеозу, паротитної інфекції, коклюшу, грипу та ГРВІ), нейроінфекцій (менінгококової інфекції, бактеріальних та вірусних менінгітів, енцефалітів, поліомієліту) у дітей різного віку;
- планування обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при крапельних інфекційних захворюваннях;
- проведення диференційної діагностики та встановлення попереднього клінічного діагнозу при крапельних інфекційних захворюваннях;
- визначення тактики ведення хворого при крапельних інфекційних захворюваннях у дітей;
- надання екстреної допомоги при невідкладних станах у дітей, зумовлених крапельними інфекційними захворюваннями;
- вміння ведення медичної документації дітей, хворих на крапельні інфекційні захворювання

У результаті складання комплексного Державного іспиту студент повинен

знати:

1. Систему організації надання медичної допомоги дітям з інфекційною патологією в Україні, основні показники діяльності дитячої інфекційної служби, державні та відомчі документи, які визначають всі напрямки діяльності;
2. Сучасні погляди на етіологію і патогенез, клініку, класифікацію, методи діагностики, лікування, профілактики та особливості перебігу інфекційних захворювань дитячого віку;
3. Методи надання невідкладної допомоги дітям з інфекційною патологією та проведення інтенсивної терапії на догоспітальному та госпітальному етапах лікування.

вміти:

- Спілкуватися з хворими на інфекційні захворювання дітьми та їх батьками, дотримуючись деонтологічних норм та принципів.
- Одержувати об'єктивні данні при дослідженні хворої на інфекційне захворювання дитини, інтерпретувати отримані результати, враховуючи вікові анатомо-фізіологічні особливості.

- Діагностувати найбільш поширені дитячі інфекційні захворювання раннього і старшого віку, а також стани, що загрожують життю дитини.
- Проводити диференціальну діагностику з захворюваннями, які супроводжуються одним синдромом (ангіни, екзантеми, жовтяниці, тощо).
- Складати план лікування, профілактики і прогнозування найбільш поширених інфекційних захворювань дитячого віку.
- Вирішувати питання про необхідність госпіталізації хворого на інфекційні захворювання. Вміти організувати інфекційний стаціонар вдома.
- Проводити диспансерний нагляд за дітьми-реконвалесцентами інфекційних захворювань з метою профілактики пізніх ускладнень та інфікування інших дітей та дорослих.
- Забезпечувати протиепідемічних заходів у вогнищі інфекцій, здатних обмежити їх поширення.

При перевірці знань студентів з **дитячої фтизіатрії** перевіряється:

- Визначення факторів ризику виникнення туберкульозу
- Інтерпретування результатів бактеріоскопічних і бактеріологічних методів дослідження харкотиння.
- Визначення клінічних форм туберкульозу і формулювання клінічного діагнозу відповідно до класифікації.
- Складання схеми обстеження хворого на туберкульоз,
- Визначення наслідків лікування хворих на туберкульоз органів дихання.
- Здійснення диспансерного нагляду осіб, які перехворіли на туберкульоз, контактними, вперше інфікованими туберкульозною інфекцією та не привитими вакциною БЦЖ в пологовому будинку (дитячий контингент).
- Вміння ведення медичної документації, що використовується у фтизіатрії.
- Діагностика невідкладних станів у хворих на туберкульоз та надання їм екстреної допомоги.

У результаті складання державного іспиту з **дитячої фтизіатрії** студент повинен

знати:

- епідемічну ситуацію з туберкульозу в Україні і в світі, концепцію протитуберкульозної допомоги хворим туберкульозом в Україні;
- роль соціальних, економічних, екологічних і медико-біологічних факторів

у розповсюдженні туберкульозної інфекції й захворюванні туберкульозом;

- етіологію туберкульозу, джерела й шляхи розповсюдження туберкульозного збудника;
- патоморфологічні, імунологічні, біохімічні зміни при інфікуванні МБТ і захворюванні туберкульозом;
- патогенез, клінічну класифікацію туберкульозу (вітчизняну і МКБ-10);
- прояви туберкульозу та його ускладнень; фізикальні, лабораторні, рентгенологічні зміни при туберкульозі;
- види та форми профілактики туберкульозу, заходи в вогнищах туберкульозної інфекції;
- методи виявлення, діагностики туберкульозу і верифікації діагнозу; принципи диференційної діагностики туберкульозу;
- латентну туберкульозну інфекцію;
- методи обстеження пацієнтів, хворих на туберкульоз, у тому числі дітей;
- клінічні прояви та особливості основних невідкладних станів при туберкульозі та їх лікування;
- сучасний перебіг туберкульозу з множинною і широкою лікарською стійкістю, в тому числі у дітей та підлітків;
- особливості перебігу туберкульозу в поєднанні з іншими захворюваннями;
- ВІЛ -асоційований туберкульоз;
- організацію та проведення раннього та своєчасного виявлення туберкульозу серед дітей та підлітків;
- принципи і методи лікування пацієнтів (дітей і дорослих), хворих на туберкульоз;
- методи реабілітації пацієнтів, хворих на туберкульоз;
- організацію специфічної вакцинопрофілактики туберкульозу у дітей, показання та протипоказання до щеплень;
- ускладнення після введення вакцини БЦЖ, їх діагностика і лікування;
- організацію протитуберкульозних заходів серед дітей та підлітків в залежності від епідемічної ситуації;
- структуру, завдання і організацію роботи протитуберкульозного диспансеру, протитуберкульозного кабінету;
- завдання і роль лікаря - педіатра в проведенні протитуберкульозних заходів, в системі боротьби з туберкульозом в цілому;
- принципи організації профілактичних оглядів на туберкульоз серед різних вікових груп населення;

ВМІТИ:

- аналізувати й оцінювати якість медичної допомоги по профілактиці і ранньому виявленню туберкульозу;
- в повному обсязі зібрати анамнез у дитини з підозрою на туберкульоз;
- провести опитування і обстеження родичів;
- провести фізикальне обстеження дитини, направити на лабораторно-інструментальне обстеження, консультацію до фтизіатра.
- інтерпретувати результати обстеження на туберкульоз, поставити дитині, підлітку попередній діагноз, призначити додаткові дослідження, сформулювати клінічний діагноз згідно класифікації туберкульозу;
- розробити хворій дитині план лікування з урахуванням перебігу туберкульозу, призначити режим специфічної хіміотерапії, методи немедикаментозного лікування, провести реабілітаційні заходи;
- виписувати протитуберкульозні препарати відповідно до віку і маси тіла дитини;
- проводити відбір дітей для масової туберкулінодіагностики з урахуванням показань і протипоказань;
- самостійно ставити пробу Манту з 2 ТО, проводити її вимірування та надати оцінку результатів;
- визначати показання для постановки проби з алергеном туберкульозним рекомбінантним, проводити її вимірування та надати оцінку результатів;
- визначати по динаміці туберкулінових проб (в т.ч. тесту з алергеном туберкульозним рекомбінантним) інфікування мікобактеріями туберкульозу, оформляти напрям до фтизіатра в необхідних випадках;
- проводити відбір дітей і підлітків для вакцинації і ревакцинації БЦЖ згідно з показаннями і протипоказаннями та з урахуванням динаміки туберкулінових проб;
- вміти оцінювати і реєструвати нормальну місцеву прищепну реакцію на вакцинацію БЦЖ, діагностувати можливі ускладнення вакцинації БЦЖ
- виявляти життєвонебезпечні стани при туберкульозі та надавати першу допомогу дітям, підліткам і дорослим при легеневій кровотечі, кровохарканні, спонтанному пневмотораксі;
- вміти визначити епідеміологічну небезпеку осередку туберкульозної інфекції, скласти план профілактичних заходів у вогнищі, виробити тактику профілактики туберкульозу у дітей і підлітків в осередку туберкульозної інфекції;
- вміти складати протокол рентгенологічного опису при туберкульозі органів дихання у дітей, підлітків і дорослих, правильно описувати і

інтерпретувати рентгенологічну картину при різних формах туберкульозу;

- вести медичну документацію хворих туберкульозом і інфікованих дітей і підлітків, протокол щеплень здорових дітей;
- проводити аналіз функції зовнішнього дихання у дітей і підлітків хворих туберкульозом;
- визначати активність туберкульозного процесу з урахуванням імуносерологічних і біохімічних методів дослідження.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПЕРЕВІРКИ ОСНОВНИХ УМІНЬ ТА НАВИЧОК

ПЕДІАТРІЯ

ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Оцінити та уміти інтерпретувати загальний аналіз крові у дітей різного віку в нормі та патології.
2. Оцінити та уміти інтерпретувати загальний аналіз сечі у дітей різного віку в нормі та патології. Оцінити результати проб за Нечипоренком, Зимницьким.
3. Оцінити та уміти інтерпретувати копрограму у дітей різного віку в нормі та патології.
4. Оцінити та уміти інтерпретувати дані біохімічних досліджень білкового, жирового, вуглеводного, мінерального, пігментного обміну та кислотно-основного стану у дітей різного віку в нормі та при різних патологічних станах.
5. Володіти технікою та вміти дати оцінку лабораторним методам дослідження:
 - спинномозкової пункції;
 - промивання шлунка та кишок;
 - забір крові з вени для бактеріологічного, серологічного та біохімічного досліджень;
 - плевральної пункції;
 - стернальної пункції;
 - пункції лімфатичного вузла;
 - внутрішньо шкірних та шкірних (скарифікаційних) проб;
 - змиви з носа та ротоглотки для діагностики ГРВІ;
 - забір калу для бактеріологічного дослідження;
 - проба Сулковича.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Зробити та оцінити електро-, фонокардіограму, вміти правильно інтерпретувати зміни при різних патологічних станах у дітей всіх вікових груп.
2. Оцінити та інтерпретувати дані рентгенологічного дослідження органів грудної клітки, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи.
3. Оцінити та інтерпретувати дані спірографічного дослідження функціональної здатності респіраторного тракту.
4. Оцінити результати ендоскопічного дослідження (бронхоскопія та езофагогастродуоденоскопія) при різних патологічних станах у дітей.
5. Уміти провести та оцінити результати фракційного дослідження шлункового вмісту та дуодентального зондування.
6. Уміти виміряти артеріальний тиск та трактувати отримані дані залежно від віку дитини та її захворювання.
7. Оцінити результати ультразвукових досліджень різних органів та систем дитячого організму.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Випускник повинен уміти надати невідкладну допомогу на догоспітальному та госпітальному етапах лікування при таких невідкладних станах у дітей:

1. При клінічній смерті дитини (забезпечення прохідності дихальних шляхів, непрямий масаж серця, штучна вентиляція легень „з рота в рот”, „з рота в ніс” та за допомогою апаратури).
2. При гіпертермічному синдромі.
3. При нейротоксикозі.
4. При судомах.
5. При гіперглікемічній комі.
6. При гіпоглікемічній комі.
7. При анафілактичному шоці.
8. При набряку Квінке.
9. При стенозуючому ларинготрахеїті I-III ступеня.
10. При пневмотораксі.
11. При кровотечі із шлунково-кишкового тракту.
12. При кровотечі з легень.
13. При дихальній недостатності, зумовленій пневмонією.
14. При дихальній недостатності, зумовленій приступом бронхіальної астми.
15. При гострій судинній недостатності.

16. При гострій серцевій недостатності.
17. При приступі пароксизмальної тахікардії.
18. При кишковій кольці у дітей раннього віку.
19. При синдромі блювання у дітей.
20. При синдромі ацетонемічного блювання.
21. При гострій печінковій недостатності.
22. При гострій недостатності надниркових залоз.
23. При гострій нирковій недостатності.
24. При гіпертонічній кризі.
25. При тироксичній кризі.
26. При гемолітико-уремічному синдромі.
27. При опіках та обмороженнях.
28. При отруєннях.
29. При укусах змій та отруйних комах.
30. При враженні блискавкою.
31. При утопленні в прісній та морській воді.
32. При електротравмі.
33. При травматичному шоці.
34. При травмах, що супроводжуються зовнішньою кровотечею.
35. При травмах, що супроводжуються внутрішньою кровотечею.
36. При синдромі дихальних розладів у новонародженої дитини.
37. При асфіксії у новонародженої дитини.
38. При білірубіновій енцефалопатії у новонародженої дитини.
39. При гіпервітамінозі Д.
40. При синдромі дисемінованого внутрішньосудинного зсідання.

ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

1. Визначати різні клінічні варіанти перебігу найбільш поширених інфекційних захворювань з синдромом екзантеми (кору, краснухи, вітряної віспи, скарлатини, псевдотуберкульозу), дитячих респіраторних інфекцій (дифтерії, інфекційного моноклеозу, паротитної інфекції, коклюшу, грипу та ГРВІ), нейроінфекцій (менінгококової інфекції, бактеріальних та вірусних менінгітів, енцефалітів, поліомієліту) у дітей різного віку;
2. Планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при крапельних інфекційних захворюваннях;
3. Проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при крапельних інфекційних захворюваннях;
4. Визначати тактику ведення хворого при крапельних інфекційних

- захворюваннях у дітей;
5. Встановлювати діагноз і надавати екстрену допомогу при невідкладних станах у дітей, зумовлених крапельними інфекційними захворюваннями;
 6. Демонструвати вміння ведення медичної документації дітей, хворих на крапельні інфекційні захворювання
 7. Визначати різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених ГКІ та ВГ у дітей різного віку
 8. Планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених ГКІ та ВГ
 9. Проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при найбільш поширених ГКІ та ВГ
 10. Визначати тактику ведення хворого при найбільш поширених ГКІ та ВГ у дітей
 11. Встановлювати діагноз і надавати екстрену допомогу при невідкладних станах, зумовлених ГКІ та ВГ у дітей
 12. Демонструвати вміння ведення медичної документації дітей, хворих на ГКІ та ВГ
 13. Визначати різні клінічні варіанти перебігу грипу та ГРВІ у дітей різного віку
 14. Планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при грипі та ГРВІ
 15. Проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз при грипі та ГРВІ
 16. Встановлювати діагноз і надавати екстрену допомогу при невідкладних станах у дітей при грипі та ГРВІ
 17. Демонструвати вміння ведення медичної документації дітей при грипі та ГРВІ
 18. Планувати індивідуальний графік щеплення дитини, враховуючи вік, стан здоров'я та епідеміологічну ситуацію
 19. Визначати тактику ведення хворого при грипі та ГРВІ
 20. Встановлювати діагноз і надавати екстрену допомогу при поствакцинальних реакціях та ускладненнях

ДИТЯЧА ФТИЗИАТРІЯ

1. Групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз
2. Основні скарги хворих на туберкульоз.
3. Методи лабораторного виявлення мікобактерій туберкульозу. Визначення медикаментозної стійкості та її клінічне значення.
4. Методи рентгенологічного обстеження хворих на туберкульоз органів

дихання.

5. “Обов’язкові” контингенти населення, які підлягають профілактичному обстеженню раз на рік.
6. Варіанти тактичних дій для установ загальної медичної мережі у виявленні туберкульозу.
7. Туберкулінодіагностика. Застосування туберкулінових проб у виявленні інфікованості та захворювання на туберкульоз. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л та оцінка її результатів. “Віраж” туберкулінових проб.
8. Категорії дітей і підлітків, яким проводять щорічну туберкулінодіагностику.
9. Диференціальна діагностика післявакцинного (БЦЖ) та інфекційного імунітету у дітей і підлітків.
10. Основні принципи і методи лікування хворих на туберкульоз легень.
11. Стандартні режими хіміотерапії.
12. Категорії лікування хворих на туберкульоз легень.
13. Критерії вилікування хворих на туберкульоз.
14. Вилікування туберкульозу. Залишкові зміни та їх значення для виникнення рецидиву туберкульозу.
15. Профілактика туберкульозу: санітарна, осередки туберкульозної інфекції, їх класифікація. Поточна і заключна дезінфекція.
16. Робота в осередку туберкульозної інфекції з профілактики та раннього виявлення туберкульозу в осіб, які перебувають в контакт з хворими на туберкульоз.
17. Первинна профілактика (вакцинація БЦЖ і БЦЖ-М, ревакцинація БЦЖ). Методика і техніка проведення вакцинації. Оцінка результатів.
18. Ускладнення вакцинації (ревакцинації) БЦЖ.
19. Вторинна профілактика (хіміопрфілактика) туберкульозу.
20. Ускладнення туберкульозу: кровохаркання, легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс.. Патогенез, діагностика, лікування, невідкладна допомога.
21. Міліарний туберкульоз. Патогенез, особливості клінічного перебігу, діагностика, лікування, наслідки.
22. Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок. Патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування, наслідки.
23. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів. Патогенез, клініка, діагностика, лікування, наслідки.
24. Туберкульоз і ВІЛ-інфекція.
25. Протитуберкульозний диспансер: структура, завдання.
26. Категорії диспансерного обліку хворих на туберкульоз.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПЕРЕВІРКИ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗНАНЬ:

ПЕДІАТРІЯ

1. Функціональна диспепсія у дітей раннього віку: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
2. Синдром циклічної блювоти: визначення, класифікація (за Римськими критеріями III), етіологія, патогенез, клініка та діагностика, лікування, профілактика.
3. Кольки та функціональний закріп у дітей раннього віку: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
4. Рахіт. Визначення, етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування. Профілактика рахіту.
5. Гіпервітаміноз D. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика, лікування, невідкладна допомога при гострому гіпервітамінозі D, прогноз.
6. Білково-енергетична недостатність у дітей. Визначення, класифікація, клініка, лікування, профілактика, прогноз.
7. Гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий назофарингіт, гострий фарингіт, гострий ларінгофарингіт, гострий трахеїт) у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
8. Гострий обструктивний ларингіт (круп) у дітей. Етіологія, патогенез, клініка та невідкладна допомога.
9. Терапевтичні заходи при лихоманці та судомах у дітей, хворих на ГРВІ.
10. Гострий бронхіт у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
11. Гострий обструктивний бронхіт у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
12. Гострий бронхіоліт у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
13. Рецидивуючий бронхіт у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
14. Пневмонії у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика пневмоній у дітей. Прогноз.
15. Гостра дихальна недостатність у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
16. Вроджені вади та хронічні захворювання бронхолегеневої системи у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка,

- діагностика, лікування та профілактика. Прогноз.
17. Атопічний дерматит у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика, прогноз. Атопічний марш.
 18. Алергічний риніт у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика, прогноз.
 19. Кропив'янка у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
 20. Бронхіальна астма у дітей. Визначення. Фактори ризику та патофізіологічні механізми розвитку бронхіальної астми. Класифікація, клініка, діагностика, лікування та профілактика бронхіальної астми у дітей, прогноз.
 21. Астматичний статус у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
 22. Найбільш поширені ВВС у дітей. Етіологія, класифікація вад серця, гемодинаміка при найбільш поширених ВВС у дітей (дефекті МШП, дефекті МПП, тетраді Фалло, коарктації аорти, стенозі легеневої артерії, аортальному стенозі, транспозиції артеріальних судин та ВАП).
 23. Діагностика найбільш поширених ВВС у дітей. Тактика лікаря та прогноз при найбільш поширених ВВС у дітей. Консервативне лікування. Показання до кардіохірургічного лікування.
 24. Діагностика та лікування серцевої недостатності у дітей з ВВС. Вторинна профілактика інфекційного ендокардиту.
 25. Кардити у дітей: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, прогноз.
 26. Кардіоміопатії у дітей: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, прогноз.
 27. Порушення ритму серця та провідності у дітей: класифікація, причини, клініка, діагностика, лікування, прогноз.
 28. Гостра ревматична лихоманка у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, первинна та вторинна профілактика, прогноз.
 29. ЮРА: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, реабілітація, прогноз.
 30. Реактивні артропатії у дітей: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, прогноз.
 31. Інфекційний ендокардит у дітей: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, первинна та вторинна профілактика, прогноз.

32. Функціональна диспепсія, абдомінальний біль у дітей старшого віку. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
33. Гастроезофагального рефлюксу, дуоденогастрального рефлексу у дітей старшого віку. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
34. Органічні захворювання стравоходу та шлунку у дітей старшого віку. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
35. Синдром подразненого кишечника та функціональний закріп у дітей старшого віку. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
36. Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, прогноз.
37. Дисфункції жовчного міхура та сфінктера Одді у дітей. Етіологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
38. Етіологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика органічних захворювань біліарної системи у дітей старшого віку.
39. Екзокринна недостатність підшлункової залози у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
40. Гострий та хронічний панкреатит у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
41. Інфекції сечової системи у дітей. Визначення, класифікація, диференціальна діагностика інфекцій нижніх та верхніх сечових шляхів.
42. Цистити у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
43. Пієлонефрити у дітей. Визначення, етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
44. Гломерулонефрит у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
45. Хронічна ниркова недостатність у дітей. Фактори ризику виникнення, етіологія, патогенез, стадії захворювання, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
46. Дисметаболичні нефропатії у дітей. Визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика, прогноз.
47. Визначення поняття „недоношеність”. Класифікація недоношених дітей за показником ”маса тіла при народженні” та співвідношенням фізичного розвитку та гестаційного віку.
48. Причини затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Особливості

адаптації дітей зі ЗВУР та принципи виходжування.

49. Особливості терморегуляції недоношених дітей, методи профілактики гіпотермії.
50. Профілактика та лікування гіпоглікемії у недоношених дітей.
51. Тактика ведення недоношених при розвитку гіпербілірубінемії.
52. Невідкладна допомога при апное у недоношених дітей. Показання до застосування штучної вентиляції легень. Ускладнення тривалої ШВЛ: бронхолегенева дисплазія, ретинопатія недоношених дітей.
53. Принципи вигодовування недоношених новонароджених. Вибір засобу годування в залежності від гестаційного віку та стану дитини. Рекомендовані об'єми ентерального харчування.
54. Етіологічні, клінічні та лабораторні критерії діагнозу „асфіксії новонародженого”.
55. Визначення терміну „пологова травма” та чинники її розвитку.
56. Пологові травми м'яких тканин. Адипонекроз. Пошкодження грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. Диференціальний діагноз пологової пухлини та кефалогематоми.
57. Пологова травма спинного мозку та плечового сплетення. Парези і паралічи Дюшена-Ерба, Дежерін-Клюмпке.
58. Диференціальна діагностика внутришньочерепних крововиливів гіпоксичного та травматичного генезу у новонароджених.
59. Диференційна діагностика перинатальних гіпоксичних ушкоджень нервової системи у новонароджених дітей. Тактика ведення новонародженої дитини з асфіксією та перинатальним гіпоксичним ураженням нервової системи. Етапи реанімації за системою АВС.
60. Оцінка ступеня тяжкості дихальної недостатності при синдромі дихальних розладів за допомогою шкали Сільвермана та Довнеса.
61. Методи антенатального прогнозування та постнатальної діагностики СДР. Рентгенологічні ознаки СДР.
62. Принципи лікування СДР у новонароджених. Респіраторна підтримка. Сурфактантзамісна терапія.
63. Класифікація пневмоній новонароджених в залежності від шляху та терміну інфікування. Етіологія.
64. Особливості перебігу пневмоній у новонароджених в залежності від шляху інфікування та етіології.
65. Принципи діагностики та лікування пневмоній у новонароджених. Особливості етіотропної терапії.
66. Диференційна діагностика респіраторного дистрес синдрому у новонароджених дітей. Тактика ведення новонародженої дитини з

- респіраторним дистрес синдромом. Невідкладна допомога.
67. Класифікація ГХН. Клінічно-лабораторні критерії анемічної, жовтяничної та набрякової форм ГХН.
 68. Критерії ступеню важкості ГХН. Стадії перебігу білірубінової енцефалопатії.
 69. Диференційна діагностика жовтяниці у новонароджених дітей. Тактика ведення новонароджених з жовтяницею. Невідкладна допомога при гемолітичній хвороби новонародженого.
 70. Показання до проведення операції замінного переливання крові. Техніка операції та її можливі ускладнення.
 71. Методи консервативної терапії ГХН. Механізм дії фототерапії.
 72. Особливості системи гемостазу у новонароджених. Чинники розвитку геморагічної хвороби. Клінічні особливості ранньої, класичної та пізньої форм геморагічної хвороби.
 73. Диференційна діагностика геморагічних розладів у новонароджених дітей. Тактика ведення новонародженої дитини з геморагічним синдромом.
 74. Диференційна діагностика геморагічної хвороби та синдрому „заковтнутої крові”. Невідкладна допомога при шлунково-кишкової кровотечі. Лікування та профілактика геморагічної хвороби.
 75. Визначення терміну „TORCH-інфекції”. Фактори ризику розвитку ВУІ.
 76. Характер ураженні при ВУІ в залежності від терміну та шляху інфікування плода. Методи ранньої діагностики та профілактики ВУІ.
 77. Клінічні прояви ВУІ в залежності від етіології (вроджений токсоплазмоз, краснуха, неонатальна герпетична та цитомегаловірусна інфекція).
 78. Диференційна діагностика внутрішньоутробних інфекцій у новонароджених дітей. Тактика ведення новонародженої дитини з внутрішньоутробною інфекцією.
 79. Визначення терміну „неонатальний сепсис”. Чинники розвитку . Класифікація та етіологія неонатального сепсису.
 80. Клінічно-лабораторні критерії неонатального сепсису.
 81. Диференційна діагностика гнійно-запальних захворювань шкіри, підшкірної клітковини та сепсису новонароджених дітей. Тактика ведення новонароджених з новонародженої дитини з гнійно-запальними захворюваннями шкіри, підшкірної клітковини та сепсисом.
 82. Принципи лікування та профілактики неонатального сепсису.
 83. Визначення поняття анемії. Класифікація анемії у дітей.
 84. Залізодефіцитні анемії у дітей. Причини виникнення, клініка,

- діагностика, диференціальна діагностика. Лікування та профілактика залізодефіцитної анемії у дітей.
85. Хронічна постгеморагічна анемія у дітей. Етіологія, патогенез, діагностика. Невідкладна допомога при кровотечах.
 86. Диференційна діагностика анемії у дітей. Тактика ведення хворої дитини.
 87. Лейкемії у дітей. Причини виникнення. Класифікація лейкемії. Клінічні варіанти перебігу, діагностика гострої лімфобластної лейкемії у дітей.
 88. Диференційна діагностика лейкозів у дітей. Тактика ведення хворої дитини. Ускладнення цитостатичної терапії (негайні, відстрочені, віддалені).
 89. Лімфогрануломатоз у дітей. Етіологія, патогенез, стадії захворювання (по Анн-Арбор). Клініка, лікування, прогноз лімфогранульоматозу у дітей. Невідкладна допомога при синдромі стиснення верхньої порожнистої вени.
 90. Диференційна діагностика лимфопроліферативного синдрому у дітей. Тактика ведення дитини при лимфопроліферативному синдромі.
 91. Гемофілія А та В. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Прогноз у дітей.
 92. Замісна терапія при наданні невідкладної допомоги хворим на гемофілію. Антигемофільні препарати (концентрати факторів згортання крові, СЗП) та їх застосування.
 93. Геморагічний васкуліт у дітей. Етіологія, патогенез, клінічні форми, діагностика диференціальна діагностика, лікування, прогноз.
 94. Тромбоцитопенічна пурпура у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування, прогноз. Невідкладна допомога при кровотечах.
 95. Диференційна діагностика геморагічного синдрому у дітей. Тактика ведення хворої дитини..
 96. Диференційна діагностика цукрового діабету у дітей. Тактика ведення хворої дитини при цукровому діабеті та його ускладненнях. Профілактика ускладнень.
 97. Диференційна діагностика захворювань щитовидної залози у дітей. Тактика ведення дітей при захворюваннях щитовидної залози. Тактика ведення хворої дитини.
 98. Диференційна діагностика захворювань надниркової залози у дітей. Тактика ведення дітей при захворюваннях надниркової залози.
 99. Диференційна діагностика порушень росту і статевого розвитку у дітей. Тактика ведення хворої дитини.

100. Диференційна діагностика ожиріння у дітей. Тактика ведення хворої дитини.
101. Особливості перебігу цукрового діабету в ранньому та підлітковому віці.
102. Режим інсулінотерапії цукрового діабету у дітей. Препарати інсуліну.
103. Особливості дієти при компенсованому та некомпенсованому цукровому діабеті у дітей.
104. Гіперглікемічна кетоацидотична кома у дітей. Причини, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
105. Гіпоглікемічна кома у дітей. Причини виникнення, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
106. Диференціальна діагностика гіперглікемічної та гіпоглікемічної ком у дітей.
107. Порушення росту у дітей. Гіпофізарний нанізм. Причини, клініка, диференціальний діагноз. Лікування та прогноз.
108. Ожиріння у дітей. Причини, клінічні форми. Принципи комплексного лікування різних клінічних форм ожиріння у дітей. Профілактика.
109. Автоімунний тиреоїдит у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування, прогноз.
110. Дифузний токсичний зоб у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальний діагноз. Лікування. Прогноз.
111. Ендемічний зоб у дітей. Причини, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
112. Гіпотиреоз у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, рання діагностика. Лікування, прогноз.
113. Клініка та діагностика вродженого гіпотиреозу у дітей. Лікування. Прогноз.
114. Клініка та діагностика адрено-генітального синдрому у дітей. Лікування. Невідкладна допомога при сільвтрачаючій формі адрено-генітального синдрому.
115. Порушення статевого розвитку у хлопчиків і дівчаток. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
116. Диференціальна діагностика варіантів інтерсексуалізму. Методи дослідження. Принципи лікування.
117. Диференційна діагностика пневмонії у дітей. Тактика ведення хворого при різних клінічних варіантах перебігу пневмонії. Профілактика пневмонії її ускладнень у дітей.
118. Диференційна діагностика ускладнень пневмонії (плеврит, абсцес, піоторакс, пневмоторакс) у дітей. Тактика ведення хворого при різних

клінічних варіантах ускладнень пневмонії удітей.

119. Диференційна діагностика синдрому кашлю у дітей. Бронхіт і бронхіоліт у дітей. Тактика ведення хворого при різних клінічних варіантах перебігу бронхіту у дітей. Профілактика бронхіту і бронхіоліту у дітей.
120. Невідкладна допомога при гострій дихальній недостатності в залежності від причини виникнення та ступеня тяжкості.
121. Диференційна діагностика бронхіальної астми та синдрому бронхіальної обструкції на тлі гострих респіраторних захворювань у дітей різного віку. Встановлення попереднього діагнозу. Тактика ведення хворого при різних клінічних варіантах перебігу бронхообструктивного синдрому та його ускладненнях у дітей.
122. Надання невідкладної допомоги при астматичному статусі.
123. Профілактика бронхіальної астми та синдрому бронхіальної обструкції на тлі гострих респіраторних захворювань у дітей різного віку у дітей.
124. Диференційна діагностика хронічних, спадкових та вроджених захворювань бронхолегеневої системи (муковісцидозі, ідіопатичному гемосидерозі легень, первинній циліарній дискінезії, синдромі Вільмса-Кемпбелла, бронхомаліції, аплазії і гіпоплазії легень, дефіциті α_1 -антитрипсину, бронхолегеневій дисплазії, секвестрації легень) у дітей. Тактика ведення хворого при спадкових, природжених та хронічних захворювань бронхолегеневої системи та їх ускладненнях у дітей. Профілактика спадкових, природжених та хронічних захворювань бронхолегеневої системи у дітей.
125. Диференційна діагностика запальних захворювань серця (міокардит, ендокардит, перикардит) у дітей. Тактика ведення хворої дитини при міокардиті, ендокардиті, перикардиті.
126. Диференційна діагностика кардіоміопатій у дітей. Тактика ведення хворої дитини при кардіоміопатії.
127. Диференційна діагностика вроджених та набутих вад серця у дітей. Тактика ведення дітей при вроджених та набутих вадах серця.
128. Надання невідкладної допомоги при гострій серцевій недостатності у дітей.
129. Вторинна профілактика інфекційного ендокардиту у дітей.
130. Диференційна діагностика екстрасистолії, пароксизмальної тахікардії, миготливої аритмії та повної атріо-вентрикулярної блокади. Тактика ведення хворого при екстрасистолії, пароксизмальній тахікардії, миготливій аритмії, повній атріовентрикулярній блокаді у дітей. Профілактика порушень серцевого ритму та провідності у дітей.
131. Надання невідкладної допомоги при пароксизмальній тахікардії,

- миготливій аритмії, МАС-синдромі у дітей.
132. Диференційна діагностика системних захворювань сполучної тканини у дітей. Тактика ведення хворих при системних захворюваннях сполучної тканини у дітей. Первинна та вторинна профілактика гострої ревматичної лихоманки у дітей.
 133. Диференційна діагностика системних васкулітів у дітей. Тактика ведення хворих при системних васкулітах у дітей.
 134. Диференційна діагностика артритів у дітей. Тактика ведення хворих дітей. Профілактика реактивних артритів у дітей.
 135. Диференційна діагностика функціональних (синдрому циклічної блювоти, функціональної диспепсії) та органічних (хронічного гастриту, хронічного гастродуоденіту, виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки) захворювань верхнього відділу травного тракту у дітей. Тактика ведення дітей при функціональних та органічних захворюваннях верхнього відділу травного тракту у дітей. Профілактика виразкової хвороби та її ускладнень. Надання невідкладної допомоги при ускладненому перебігу виразкової хвороби у дітей
 136. Диференційна діагностика функціональних (абдомінального болю, синдрому подразненого кишечника, функціонального закрепу) та органічних (неспецифічний виразковий коліт) захворювань кишківника у дітей. Тактика ведення дітей при функціональних та органічних захворюваннях кишківника.
 137. Диференційна діагностика первинного (дісахарідазна недостатність, ексудативна ентеропатія, целиація, муковісцидоз) та вторинного (хронічний ентерит, ентероколіт) порушення кишкового всмоктування у дітей. Тактика ведення дітей при первинному та вторинному синдромі порушення кишкового всмоктування.
 138. Диференційна діагностика біліарних дискінезій, гострого та хронічного холециститу у дітей. Тактика ведення хворих дітей при біліарних дискінезіях, гострому та хронічному холециститі. Профілактика біліарних дискінезій, гострого та хронічного холециститу у дітей.
 139. Диференційна діагностика гострого та хронічного панкреатиту у дітей. Тактика ведення хворих дітей при гострому та хронічному панкреатиті. Профілактика гострого та хронічного панкреатиту у дітей.
 140. Диференційна діагностика хронічного гепатиту у дітей. Тактика ведення хворого при хронічному гепатиті у дітей. Профілактика хронічного гепатиту та портальної гіпертензії у дітей.
 141. Надання невідкладної допомоги при гострій печінковій недостатності та ускладненнях синдрому портальної гіпертензії.

142. Диференційна діагностика найбільш поширених інфекційно-запальних захворювань сечової системи (інфекції сечової системи, уретрит, цистит, пієлонефрит). Тактика ведення хворої дитини при найбільш поширених інфекційно-запальних захворюваннях сечової системи та їх ускладненнях. Профілактика уретриту, циститу, пієлонефриту.
143. Диференційна діагностика спадкових тубулопатій (фосфат-діабет, синдром Дебре-де Тоні-Фанконі, нирковий нецукровий діабет, нирковий тубулярний ацидоз) у дітей. Тактика ведення хворої дитини при спадкових тубулопатіях.
144. Диференційна діагностика дизметаболічних нефропатій у дітей. Тактика ведення хворої дитини при дизметаболічних нефропатіях.
145. Принципи лікування хронічної ниркової недостатності у дітей.
146. Диференційна діагностика гострого та хронічного гломерулонефриту, інтерстиціального та спадкового нефриту у дітей. Тактика ведення хворої дитини при гострому та хронічному гломерулонефриті.
147. Надання невідкладної допомоги при гострій нирковій недостатності у дітей.
148. Порядок проведення обов'язкових профілактичних оглядів дитини віком до трьох років. Оцінка фізичного та психо-моторного розвитку дитини до трьох років.
149. Раціональне вигодовування та харчування дитини віком до трьох років. Принципи ефективного консультування.
150. Тактика лікаря загальної практики при порушенні фізичного та нервово-психічного розвитку дітей перших трьох років життя.
151. Диференційна діагностика та профілактика найбільш поширених дефіцитних станів (рахіт, залізодефіцитна анемія) у дітей раннього віку.
152. Профілактичні щеплення дітей до трьох років.
153. Тактика ведення новонароджених з проявами жовтяниці на дільниці.
154. Тактика ведення дітей з перинатальними ураженнями ЦНС в умовах поліклініки.
155. Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку та її мета. Загальні ознаки небезпеки стану дитини.
156. Оцінка, класифікація, лікування, консультація та наступне спостереження при кашлі, ускладненому диханні, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманці, порушеннях живлення та анемії, при наявності ВІЛ-інфекції у дітей від 2-х місяців до 5 років.
157. Оцінка, класифікація, лікування, консультація та наступне спостереження у дітей у віці до 2-х місяців з жовтяницею, діареєю, проблемами годування та низькою масою тіла, вкрай тяжким

захворюванням та місцевою бактеріальною інфекцією.

158. Порядок та терміни проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку.
159. Оцінка фізичного розвитку та статевого дозрівання дітей підліткового віку. Профілактика ожиріння у підлітків. Медичне та психологічне консультування.
160. Клінічні варіанти вегетативних дисфункцій у дітей. Тактика лікаря загальної практики при вегетативних дисфункціях та артеріальній гіпертензії у дітей. Профілактика вегетативних дисфункцій та артеріальної гіпертензії у дітей.
161. Диференційна діагностика первинної та вторинної артеріальної гіпертензії у дітей підліткового віку. Тактика ведення хворого на артеріальну гіпертензію на дільниці.
162. Надання невідкладної допомоги при вегетативних кризах, гіпертензивній кризі.
163. Тактика ведення хворих з захворюваннями органів дихання на дільниці.
164. Тактика ведення хворих з захворюваннями органів травлення на дільниці.
165. Тактика ведення хворих з захворюваннями органів сечової системи на дільниці.
166. Тактика ведення хворих з захворюваннями органів кровообігу на дільниці.
167. Тактика ведення хворих з захворюваннями кровотворної системи на дільниці.
168. Тактика ведення хворих з захворюваннями ендокринної системи на дільниці.

ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

1. Шигельози у дітей. Особливості перебігу в різних вікових групах. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
2. Сальмонельози у дітей. Особливості перебігу в різних вікових групах. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
3. Ешерихіози у дітей. Клінічні особливості у дітей різних вікових груп залежно від збудника. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
4. Гострі кишкові інфекції у новонароджених. Етіологічна структура. Клінічні особливості. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.

5. Ієрсиніоз кишковий. Особливості перебігу у дітей різного віку. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
6. Ротавірусна інфекція. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
7. Токсико-ексикоз при гострих кишкових інфекціях. Етіологічна структура. Види ексикозу. Клініко-лабораторна діагностика. Невідкладна допомога.
8. Нейротоксикоз при гострих кишкових інфекціях. Етіологічна структура. Клініко-лабораторна діагностика. Невідкладна допомога.
9. Вірусний гепатит А. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
10. Вірусний гепатит В. Особливості перебігу у дітей раннього віку. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
11. Особливості діагностики і перебігу вірусних гепатитів С, D, E та інших у дітей. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
12. Гостра печінкова недостатність при вірусних гепатитах у дітей. Клініко-лабораторна діагностика. Невідкладна допомога.
13. Кір. Клініка типових та атипових форм. Ускладнення. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
14. Краснуха. Диференційна діагностика набутої та вродженої краснухи. Лікування. Профілактика.
15. Вітряна віспа. Клінічна картина типових і атипових форм вітряної віспи. Ускладнення. Диференційна діагностика. Лікування, профілактика.
16. Оперізуючий герпес. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
17. Герпетична інфекція (простий герпес). Клінічні форми. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
18. Скарлатина. Клінічна картина типових і атипових форм. Ускладнення. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
19. Ангіни у дітей. Етіологічні особливості залежно від віку. Клініка. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Тактика ведення хворих на ангіни вдома.
20. Псевдотуберкульоз. Диференціальна діагностика. Лікування, профілактика.
21. Дифтерія. Клінічні форми. Ускладнення. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика дифтерії.
22. Дифтерійний ларинготрахеїт. Клініка. Диференційна діагностика справжнього та несправжнього крупу. Невідкладна допомога.
23. Інфекційний мононуклеоз. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
24. Коклюш. Особливості перебігу у дітей грудного віку. Ускладнення.

- Диференційна діагностика. Лікування Профілактика.
25. Апноїна форма коклюшу. Клініко-патогенетичні особливості. Профілактика зупинки дихання у дітей при коклюші. Невідкладна допомога при апное.
 26. Паротитна інфекція. Клінічна картина різних форм епідемічного паротиту (паротит, субмаксиліт, сублінгвіт, панкреатит, орхіт, менінгіт та ін.). Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 27. Менінгококова інфекція. Клінічні форми. Особливості перебігу у дітей 1-го року життя. Диференційна діагностика менінгококкемії Лікування. Профілактика.
 28. Інфекційно-токсичний шок при менінгококкемії. Діагностика. Невідкладна допомога.
 29. Бактеріальні та вірусні менінгіти у дітей. Клінічні особливості в залежності від віку дитини. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 30. Енцефаліти у дітей. Етіологічна структура. Клінічні особливості. Лабораторна та інструментальна діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 31. набряк-набухання головного мозку при менінгітах та енцефалітах у дітей. Діагностика. Невідкладна допомога.
 32. Поліомієліт. Клінічні форми. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 33. Ентеровірусна інфекція. Клінічні форми. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 34. Грип. Клінічний перебіг. Особливості у дітей раннього віку. Ускладнення. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика. Невідкладна допомога при гіпертермічному та судомному синдромі.
 35. Парагрип. Особливості клінічних проявів. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 36. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт (ГСЛТ) при ГРВІ у дітей. Діагностика. Диференційна діагностика зі справжнім крупом. Невідкладна допомога.
 37. Респіраторно-синцитіальна інфекції у дітей. Особливості клінічних проявів. Диференційна діагностика. Лікування, профілактика.
 38. Аденовірусна інфекція. Особливості перебігу у дітей раннього віку. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 39. ВІЛ-інфекція / СНІД у дітей. Клініка. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика.
 40. TORCH-інфекції: токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція,

герпетична інфекція. Клінічні прояви вроджених та набутих форм в залежності від шляху та термінів зараження. Лабораторна діагностика гострих, реактивованих та латентних форм. Принципи лікування та профілактики.

- 41.Профілактика дитячих інфекційних хвороб (специфічна і неспецифічна).
Організація профілактичних щеплень дітям.

ДИТЯЧА ФТИЗИАТРІЯ

1. Захворювання дітей і підлітків на туберкульоз в Україні .
2. Вогнищевий туберкульоз легенів і його диференціальна діагностика.
3. Туберкульоз і материнство .
4. Побічні дії протитуберкульозних препаратів.
5. Дифференціально - діагностичні ознаки післявакцинової та інфекційної алергії.
6. Раннє виявлення туберкульозу у дітей та підлітків методом туберкулінодіагностики.
7. Клінічна діагностика туберкульозу легень (характеристика інтоксикаційного синдрому і « грудних » скарг) у дітей і підлітків.
8. Міліарний і дисемінований туберкульоз легенів і його диференційна діагностика.
9. Стандартна схема хіміотерапії вперше виявлених дітей і підлітків.
- 10.Удосконалена методика хіміотерапії хворих туберкульозу за рекомендацією ВООЗ: 1 - я , 2 - я , 3-я і 4- я лікувальні категорії .
- 11.Показання та протипоказання для проведення ревакцинації дітей БЦЖ.
Терміни проведення ревакцинації.
- 12.Протитуберкульозні препарати, міжнародна та вітчизняна класифікації за ступенем їх ефективності .
- 13.Протитуберкульозні заходи в осередках туберкульозної інфекції.
- 14.Інфільтративний туберкульоз легенів і його диференційна діагностика.
- 15.Протитуберкульозні препарати 1 лінії застосування для терапії раніше нелікованих хворих.
- 16.Методи виявлення туберкульозу у дітей та підлітків .
- 17.Санітарна профілактика туберкульозу. Визначення вогнища туберкульозної інфекції.
- 18.Організація і методика своєчасного виявлення туберкульоза у дітей і підлітків.
19. Туберкульозний плеврит і його диференційна діагностика.
- 20.Хіміопротифілактика туберкульозу. Мета хіміопротифілактики туберкульозу.
- 21.Ускладнення після вакцинації БЦЖ. Лікування ускладнень.

- 22.Первинний туберкульозний комплекс і його диференційна діагностика.
- 23.Основні принципи лікування хворих на туберкульоз.
- 24.Організація масової туберкулінодіагностики у дітей і підлітків.
- 25.Ранній період первинної туберкульозної інфекції. Туберкульоз невстановленої локалізації. Патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.Первинний туберкульозний комплекс. Патогенез, клініка, діагностика, лікування, наслідки.
- 26.Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Патогенез, клініка, діагностика, лікування, наслідки.
- 27.Ускладнення первинних форм туберкульозу.
- 28.Вакцинація показання, протипоказання, техніка і терміни проведення .
- 29.Методика постановки стандартної внутрішньошкірної проби Манту з 2ГО ППД -Л. Оцінка результатів проби Манту.
- 30.Профілактика туберкульозу у дітей та підлітків .
- 31.Первинний туберкульоз, особливості перебігу та наслідки .
- 32.Поняття про інфікованість.
- 33.Туберкульозний плеврит і його диференціальна діагностика у дітей та підлітків .
- 34.Організація і зміст роботи педіатра з профілактики туберкульозу (соціальна , санітарна , специфічна профілактики) .
35. Виявлення та профілактика туберкульозу в групах ризику .
- 36.Основні принципи лікування та хіміотерапії дітей та підлітків.
- 37.Обов'язковий діагностичний мінімум обстеження дітей з підозрою на туберкульоз при направленні в протівотуберкульозний диспансер.
- 38.Профілактика туберкульозу у дітей та підлітків .
- 39.Формування груп ризику щодо захворювання на туберкульоз.

СТРУКТУРА ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ

Починається іспит з першої його частини, яка полягає в виконанні типових задач діяльності та вмінь, в умовах лікувальної установи, тобто наближених до професійної діяльності, під час обстеження хворої дитини, проводиться біля ліжка хворого.у присутності екзаменаторів і членів ДЕК.: Під час першої частини практично-орієнтованого держіспиту при роботі з хворою дитиною перевіряються та окремо оцінюються за звичайною шкалою з наступною підсумковою оцінкою виконання наступних задач діяльності та вміння студента:

1. Збирання інформації про пацієнта (скарги, анамнез, фізичне обстеження).
2. Оцінка результатів лабораторного та інструментального дослідження.
3. Встановлення попереднього діагнозу захворювання.

4. Складання плану профілактичних та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб.
5. Визначення принципу та характеру лікування захворювання.
6. Визначення режиму та дієти при лікуванні.

Визначення тактики ведення дітей, що підлягають диспансерному нагляду

В другій частині Державного іспиту студент вирішує ситуаційні задачі з 1) діагностики невідкладного стану; 2) визначення тактики і надання екстреної медичної допомоги; 3) оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень; 4) типову задачу з туберкульозу чи дитячих інфекційних хвороб та виконує п'ять медичних маніпуляцій. Результати складання другої частини заносяться до Протоколів проведення та оцінювання другої частини іспиту.

Виконання типових задач діяльності та умінь, що перевіряються під час першої частини іспиту, оцінюється балами «1», «0,5» та «0» (виконано, виконано не повністю, не виконано).

Робота з хворою дитиною.

1.Скарги, анамнез захворювання та життя.

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів методикою опитування хворого, вміє задавати додаткові питання щодо стану хворого, початку захворювання і його перебігу; за певним планом, тактовно збирає відомості про історію хвороби та життя хворого, ретельно аналізує отримані відомості для визначення симптомів різних захворювань внутрішніх органів.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою опитування хворого, але не вміє виділити важливе в інформації отриманій від хворого, не задає логічно обгрунтовані додаткові питання, щодо стану хворого, початку і перебігу захворювання; допускає суттєві помилки при аналізі отриманих відомостей для визначення симптомів різних захворювань внутрішніх органів.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою опитування хворого, допускає грубі помилки при зборі скарг, анамнезу захворювання і життя.

2. Огляд пацієнтів, інформація про загальний стан та його оцінка:

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів методикою огляду пацієнтів, вміє аналізувати отримані відомості для визначення загального стану хворого; оцінки перебігу захворювання.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою огляду

пацієнтів, проводить аналіз отриманої інформації для визначення загального стану хворого, оцінки перебігу захворювання, але допускає суттєві помилки при аналізі результатів огляду, оцінці загального стану хворого.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою огляду пацієнтів, допускає грубі помилки при аналізі і оцінці одержаної інформації, щодо стану хворого.

3. Фізикальне обстеження серцево-судинної системи

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів методикою фізикального обстеження серцево-судинної системи, вміє аналізувати отримані відомості для визначення стану хворого серцево-судинної системи, оцінки перебігу захворювання.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою фізикального обстеження серцево-судинної системи, успішно проводить аналіз отриманої інформації для визначення стану серцево-судинної системи, оцінки даних обстеження серцево-судинної системи, але допускає суттєві помилки при аналізі отриманих відомостей для визначення симптомів захворювань органів серцево-судинної системи.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою фізикального обстеження серцево-судинної системи пацієнтів, допускає грубі помилки при аналізі одержаної інформації, щодо стану серцево-судинної системи хворого.

4. Фізикальне обстеження органів дихання

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів методикою фізикального обстеження бронхів і легень, вміє ретельно аналізувати отримані відомості для визначення стану органів дихання хворого, оцінки перебігу захворювання органів дихання.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою фізикального обстеження бронхів і легень, успішно проводить аналіз отриманої інформації для визначення загального стану органів дихання, оцінки перебігу захворювань системи дихання, але допускає суттєві помилки при аналізі отриманих відомостей для визначення симптомів захворювань органів дихання.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою фізикального обстеження органів дихання пацієнтів, допускає грубі помилки при аналізі одержаної інформації, щодо стану органів дихання хворого.

5. Обстеження черевної порожнини (системи травлення та сечостатевої системи)

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів

методикою фізикального обстеження черевної порожнини, вмiє ретельно аналізувати отримані відомості для визначення загального стану органів черевної порожнини, оцінки перебігу захворювання системи травлення та сечостатевої системи.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою фізикального обстеження черевної порожнини, успішно проводить аналіз отриманої інформації для визначення загального стану органів системи травлення та сечостатевої системи., оцінки перебігу захворювань системи травлення та сечостатевої системи, але допускає суттєві помилки при аналізі отриманих відомостей для визначення симптомів захворювань системи травлення та сечостатевої системи.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою фізикального обстеження органів черевної порожнини, допускає грубі помилки при аналізі одержаної інформації, щодо стану органів системи травлення та сечостатевої системи хворого.

6. Обстеження кістково-м'язової системи.

Бал «1» - ставиться студенту, який глибоко і досконало оволодів методикою фізикального обстеження кістково-м'язової системи, вмiє ретельно аналізувати отримані відомості для визначення загального стану кістково-м'язової системи, оцінки перебігу захворювання кістково-м'язової системи.

Бал «0,5» - ставиться студенту, що в цілому оволодів методикою фізикального обстеження кістково-м'язової системи, успішно проводить аналіз отриманої інформації для визначення загального стану кістково-м'язової системи, оцінки перебігу захворювань кістково-м'язової системи, але допускає суттєві помилки при аналізі отриманих відомостей.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою фізикального обстеження кістково-м'язової системи, допускає грубі помилки при аналізі одержаної інформації, щодо стану кістково-м'язової системи.

7. Провідний синдром захворювання, постановка найбільш вірогідного або синдромного діагнозу.

Бал «1» - ставиться студенту, який відмінно володіє прийомами визначення симптомів різних захворювань внутрішніх органів, виділення провідного синдрому захворювання, постановки найбільш вірогідного або синдромного діагнозу.

Бал «0,5» - ставиться студенту, який в цілому оволодів прийомами визначення симптомів різних захворювань внутрішніх органів, виділення провідного синдрому захворювання, але допускає суттєві помилки при

аналізі отриманих відомостей для постановки найбільш вірогідного або синдромного діагнозу.

Бал «0» - ставиться студенту, який не оволодів методикою визначення симптомів різних захворювань внутрішніх органів, не вміє виділити провідний синдром захворювання, допускає грубі помилки при формулюванні найбільш вірогідного або синдромного діагнозу.

8. План обстеження

Бал «1» - ставиться студенту, який вільно складає план обстеження при захворюваннях внутрішніх органів, які входили до програми 5-6 курсів.

Бал «0,5» - ставиться студенту, який в цілому вміє скласти план обстеження хворого, але допускає при цьому незначні помилки.

Бал «0» - ставиться студенту, який допускає грубі помилки при складанні плану обстеження хворого, який наданий йому для курації

9. Оцінювання результатів лабораторних та інтерпретування результатів інструментальних методів дослідження.

Бал «1» - ставиться студенту, який

- послідовно, грамотно і логічно проводить інтерпретацію результатів лабораторних досліджень крові, сечі, калу, харкотіння, плеврального випоту, спино-мозкової рідини, фракційного дослідження шлункового сок, жовчі, рН-метрії, коагулограм та імунограм.

- вміє бездоганно записувати ЕКГ і безпомилково, послідовно і логічно розшифровує електрокардіограму в нормі та при найбільш поширеній патології

- правильно тлумачить рентгенологічну картину у відповідності до анатомічних структур та їх змін. Повно визначає рентгенологічні синдроми та симптоми різних груп захворювань та окремих хвороб.

- правильно тлумачить дані ультразвукового обстеження внутрішніх органів у відповідності до анатомічних структур та їх змін

Бал «0,5» - ставиться студенту, який

- допустив незначні помилки при інтерпретації результатів лабораторних досліджень крові, сечі, калу, харкотіння, плеврального випоту, спино-мозкової рідини, фракційного дослідження шлункового соку, жовчі, рН-метрії, коагулограм та імунограм.

- методично правильно записав і вірно підрахував частоту серцевих скорочень, тривалість і амплітуду зубців, комплексів і інтервалів ЕКГ і в цілому розшифрував електрокардіограму, однак допустив несуттєві помилки при визначенні положення електричної вісі серця, оцінці ЕКГ- ознак

ішемії,некрозу міокарда,порушень ритму та провідності серця.

- який під час опису рентгенограм не в повному обсязі визначив рентгенологічні синдроми та симптоми при різних хворобах,допустив помилки у висновку.

- який не в повному обсязі описує дані ультразвукового обстеження при найбільш розповсюджених хворобах,робить помилки у висновку.

Бал «0» - - ставиться студенту, який

- не в змозі правильно інтерпретувати результати лабораторних досліджень крові,сечі, калу,харкотиння,плеврального виноту,спинномозкової рідини,фракційного дослідження шлункового соку,жовчі, рН-метрії,коагулограм та імунограм.

- не вміє самостійно записувати ЕКГ,допускає суттєві помилки при інтерпретації ЕКГ,зробив неправильний ЕКГ висновок.

- не вміє визначити рентгенологічні синдроми та симптоми при різних захворюваннях,робить неправильні висновки на основі виявлених змін.

- не вміє визначити ультразвукові синдроми та симптоми при різних захворюваннях робить неправильні висновки на основі виявлених змін.

10.Внутрішньосиндромна диференційна діагностика.

Бал «1» - ставиться студенту, який вільно орієнтується в патології,яка виявлена у хворого,вміє аргументовано диференціювати її з іншими захворюваннями внутрішніх органів,розуміє діагностичне значення показників додаткових методів дослідження.

Бал «0» - ставиться студенту, який припускає принципово важливі помилки в діагностиці і диференційній діагностиці патології,яка виявлена у хворого,поверхнево оцінює діагностичне значення показників додаткових методів дослідження.

11. Попередній клінічний діагноз.

Бал «1» - ставиться студенту, який вірно інтерпретує дані клінічної картини,а також результати додаткових методів дослідження,правильно обгрунтовує попередній клінічний діагноз.

Бал «0» - ставиться студенту, який припускає принципово важливі помилки в інтерпретації клінічної картини захворювання,а також результатів додаткових методів дослідження,неправильно обгрунтовує клінічний діагноз.

12. Визначення принципів лікування та тактики ведення хворого,необхідного режиму праці та відпочинку,дієти.

Бал «1» - ставиться студенту, який вміє скласти і обгрунтувати

детальний план і об'єм лікування (етіотропного, специфічного, патогенетичного, симптоматичного), реабілітації та диспансеризації хворого, розуміє механізм дії ліків та їх дози, способи їх уведення, тривалість застосування, можливі побічні дії.

Бал «0,5» - ставиться студенту, який допускає помилки при складанні плану і визначенні об'єму лікування, реабілітації та диспансеризації хворого, знає механізм дії та побічні дії лише окремих груп ліків.

Бал «0» - ставиться студенту, який неправильно складає план лікування, припускає принципово важливі помилки в визначенні об'єму лікування, реабілітації та диспансеризації хворого, не знає механізму дії основних груп ліків.

13. Визначення прогнозу та заходів профілактики у даного хворого

Бал «1» - ставиться студенту, який вміє визначити і обґрунтувати прогноз захворювання для життя, для одужання, для працездатності хворого, скласти план заходів профілактики рецидиву захворювання.

Бал «0,5» - ставиться студенту, який допускає помилки при визначенні прогнозу захворювання (для життя, для одужання, для працездатності) хворого, допускає помилки при складанні планів профілактики рецидиву захворювання.

Бал «0» - ставиться студенту, який припускає принципово важливі помилки в визначенні прогнозу захворювання (для життя, для одужання, для працездатності) хворого, не вміє скласти план профілактики рецидиву захворювання.

14. Ведення медичної документації щодо хворого.

Бал «1» - ставиться студенту, який вільно і грамотно заповнює медичну документацію щодо хворого, не припускаючи при цьому помилок.

Бал «0,5» - ставиться студенту, який в цілому орієнтується в документації щодо хворого, але допускає незначні помилки при її заповненні.

Бал «0» - ставиться студенту, який не знає переліку документації, яка повинна вестись в лікарняному закладі щодо хворого, допускає принципово важливі помилки при її заповненні.

ПРОТОКОЛ

проведення та оцінювання **першої** частини іспиту з клінічних дисциплін
(робота з хворим) з **дитячих хвороб з дитячими інфекційними**
хворобами та дитячою фтизіатрією

Прізвище, ім'я, по батькові студента _____

Факультет _____ № групи _____

Дата _____

№ з/п	Типові задачі діяльності і уміння, що перевіряються	Бали
1.	Збирання скарг, анамнезу захворювання та життя	
2.	Огляд пацієнта, збирання інформації про загальний стан пацієнта та його оцінка	
3.	Фізикальне обстеження серцево-судинної системи	
4.	Фізикальне обстеження органів дихання	
5.	Фізикальне обстеження черевної порожнини (системи травлення та сечостатевої системи)	
6.	Фізикальне обстеження кістково-м'язової системи	
7.	Виділення провідного синдрому, постановка найбільш вірогідного або синдромного діагнозу	
8.	Складання плану обстеження	
9.	Оцінювання результатів лабораторних та інтерпретування результатів інструментальних методів дослідження (мінімум 5 досліджень хворого, з яким працює студент)	
10.	Внутришньосиндромна диференційна діагностика (оцінюється балами "1" та "0")	
11.	Попередній клінічний діагноз (оцінюється балами "1" та "0")	
12.	Визначення принципів лікування та тактики ведення хворого, у т.ч. необхідного режиму праці та відпочинку, дієти	
13.	Визначення прогнозу та заходів профілактики у даного хворого	
14.	Ведення медичної документації щодо хворого	
15.	Типова задача (уміння), що перевіряється за вибором ВНЗ	
	СЕРЕДНІЙ БАЛ	

Виконання типових задач діяльності і умінь оцінюється балами "1", "0,5" та "0" (крім №№ 10, 11)

Друга частина комплексного державного іспиту полягає в оцінюванні у випускника рівня сформованості умінь та навичок, яке не передбачає безпосередньої роботи з хворими. Іспит проводиться у спеціально обладнаних навчальних приміщеннях і передбачає роботу з муляжами, фантомами, навчально-наочними матеріалами і вирішення ситуаційних задач. В другій частині іспиту студент вирішує ситуаційні задачі з 1) діагностики невідкладного стану; 2) визначення тактики і надання екстреної медичної допомоги; 3) оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень; 4) типову задачу з туберкульозу чи дитячих інфекційних хвороб та виконує п'ять медичних маніпуляцій. Результати складання другої частини заносяться до Протоколів проведення та оцінювання другої частини іспиту.

Виконання типових задач діяльності та умінь, що перевіряються, оцінюється балами «1» та «0» (виконано, не виконано). Бали вносяться до індивідуальних Протоколів проведення та оцінювання другої частини іспиту.

Бал «1» - ставиться студенту, який при вирішенні клінічної ситуації задачі глибоко і досконало визначає клініко-патогенетичні особливості і варіант захворювання, обґрунтовує діагноз, здійснює диференційну діагностику, правильно інтерпретує дані додаткових (лабораторних, інструментальних) досліджень, правильно визначає характер і об'єм лікування, особливо тих заходів, які проводяться при невідкладних станах.

Бал «0» - ставиться студенту, який при вирішенні клінічної ситуації задачі демонструє незнання клінічної картини захворювання, допускає грубі помилки при формулюванні діагнозу, інтерпретації даних додаткових (лабораторних, інструментальних) методів дослідження, складанні плану лікування, особливо тих заходів, які проводяться при невідкладних станах.

Бали за першу (другу) частину іспиту визначаються як середнє арифметичне всіх балів, що зафіксовані у індивідуальних Протоколах проведення та оцінювання відповідної частини іспиту.

Результуючий бал за практично-орієнтований Державний іспит визначається множенням середнє арифметичної суми балів першої (СА1) і другої (СА2) частин іспиту на коефіцієнт 100, округлене до цілого значення. Такий результуючий бал є оцінкою студента за 200 бальною шкалою. Формула для перерахунку $(СА1 + СА2) \times 100$.

ПРОТОКОЛ

проведення та оцінювання **другої** частини іспиту з клінічних дисциплін
(робота з хворим) державного іспиту **«дитячих хвороб з дитячими
інфекційними хворобами та дитячою фтизіатрією»**

Прізвище, ім'я, по батькові студента _____

Факультет _____ № групи _____

Дата _____

№ з/п	Типові задачі діяльності і уміння, що перевіряються	Бали
1.	Діагностування невідкладного стану (ситуаційна задача 1)	
2.	Визначення тактики і надання екстреної медичної допомоги (ситуаційна задача 2)	
3.	Оцінювання результатів лабораторних досліджень(ситуаційна задача 3)	
4.	Оцінювання результатів інструментальних досліджень (ситуаційна задача 4)	
5.	Виконання 1-ї медичної маніпуляції	
6.	Виконання 2-ї медичної маніпуляції	
7.	Виконання 3-ї медичної маніпуляції	
8.	Виконання 4-ї медичної маніпуляції	
9.	Виконання 5-ї медичної маніпуляції	
10.	Типова задача (уміння), що перевіряється за вибором ВНЗ	
	СЕРЕДНІЙ БАЛ	

Виконання ситуаційних задач, основних умінь і навичок, оцінюються балами “1”, “0”.

Критерії встановлення традиційної оцінки:

Бали за практично-орієнтований державний іспит у 200-бальній шкалі конвертуються у чотирибальну шкалу за нижченаведеними критеріями.

Оцінка за чотирибальною шкалою

Від 180 до 200 балів – 5, «відмінно»;

Від 140 до 179 балів – 4, «добре»;

Від 101 до 139 балів – 3, «задовільно»;

100 балів і менше – 2, «незадовільно»

ЗАДАЧІ З ДІАГНОСТИКИ НЕВІДКЛАДНОГО СТАНУ

Задача 1

Дитина М., 1 рік 4 міс.

Скарги: матері на відставання дитини в рості і психомоторному розвитку, занепокоєння, порушення сну, затримку прорізування зубів, сухість та лущіння шкіри, ломкість нігтів, випадіння волосся і вії, світлобоязнь, часті посмикування м'язів обличчя і кінцівок, іноді короточасні судоми.

Анамнез життя: дитина від 1 вагітності. Народився в терміні гестації 35 тижнів. Матері 26 років, протягом 2 років лікувалася щодо порушення оваріально-менструального циклу і ендометріозу. Батьку 29 років, здоровий. Характер трудової діяльності батьків не пов'язаний із професійними шкідливостями.

Об'єктивно: загальний стан дитини середньої важкості. Низькорослий. Виражене схуднення. Підшкірна основа стоншена на животі, тулубі, кінцівках. Шкіра блідо-сірого кольору, суха, лупиться. У ліктьових і підколінних ямках спостерігається ліхенізація і екскоріація шкіри. Тургор тканин знижений, еластичність шкіри значно знижена. Волосся тьмяні, рідкі. Під час огляду в дитини раптово виникли заціпеніння, загальмованість, маскоподібний вираз обличчя. Одночасно спостерігалось тонічне скорочення м'язів стоп і кистей. Кисті при цьому максимально зігнуті, великий палець приведений до долоні, у п'ястно-фалангових суглобах пальці зігнуті під прямим кутом, у міжфалангових розігнуті. Стопи в стані різкого плантарного згинання. Слідом за спазмом виникли розповсюджені клонічні судоми. Тривалість приступу 2 хвилини.

Дані лабораторного обстеження: Рівень кальцію в крові – 1,75 ммоль/л, рівень фосфору в крові - 2,74 ммоль/л, проба Сулковича негативна, рівень паратиреоїдного гормону – 48,3 пг/мл (N – 100 – 200 пг/мл).

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Що є причиною розвитку судом у дитини?

Задача 2

Хворий 5 років

Скарги: підвищення температури тіла до 38,6°C, адинамія, різка блідість шкіри та слизових оболонок, одишка, тахикардія, нудота, блювота.

Анамнез хвороби: хворіє на спадкове захворювання крові. Погіршення стану пов'язують із ГРВІ.

Об'єктивно: стан важкий, Т тіла 38,6⁰С, ЧСС – 110 уд. за хв., ЧДД – 32 за хв., лимонно-жовтий відтінок шкіри, іктеричність склер, периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання над легенями жорстке, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні, тахікардія. Живіт м'який, помірно болючий у правому підребер'ї, позитивний симптом Ортнера. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2,0 см, край гладкий, помірно болючий. Відзначається збільшення селезінки на 3 см.

Аналіз крові: ер. – $2,0 \times 10^{12}$ /л, Нв – 60 г/л, КП – 0,9 ретикул. - 20%, лейкоцити - $10,5 \times 10^9$ /л, (еоз. - 4%, палич. – 10%, сегм. - 65%, лімф. - 15%, мон. - 6%), тромбоцити – 190×10^9 /л. Еритроцити в мазку з малою поверхнею, середній діаметр еритроцитів - 5,8 мкм (норма 7,2-7,5 мкм), товщина – 3 мкм (норма 1,9-2,1 мкм). Зменшена осмотична стійкість еритроцитів. Білірубін загальний – 60 мкмоль/л, непрямий – 45 мкмоль/л. У сечі слабопозитивна реакція на жовчні пігменти.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Сформулюйте основні принципи терапії даного хворого

Задача 3

Скарги: на неспокій дитини, обмеження рухів у кінцівках.

Анамнез: Дитина П, 2 дні, народився від першої вагітності з вагою 3900,0, пологи стрімкі, закричав відразу.

Об'єктивно: При огляді неспокійний, шкірні покриви блідо-рожеві. Права рука приведена до тулуба, розігнута в ліктьовому суглобі, повернута всередину, ротована в плечовому суглобі, пронована в передпліччі, кисть в долонному згинанні і повернута назад і назовні. М'язовий тонус знижений в проксимальних відділах кінцівки. Активні рухи відсутні в плечовому, ліктьовому суглобах, ослаблене тильне згинання кисті, рухи в пальцях збережені. Пасивні рухи безболісні. На цій стороні не викликається долонно-ротовий рефлекс, рефлекс Моро, хапальний рефлекс ослаблений. При вертикальному положенні права рука звисає. З боку інших органів змін не виявлено.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Виділіть основні причини розвитку даного стану у новонародженого.

Задача 4

Хвора К., 6 років.

Скарги: на значне зниження маси тіла протягом останніх 2-х тижнів, часте сечовипускання, спрагу, підвищений апетит.

В анамнезі: дівчинка від першої вагітності, що перебігала без ускладнень, термінових пологів. Маса тіла при народженні 3500 кг, довжина тіла 52 см. Період новонародженості перебігав без особливостей. Дівчинка розвивалася відповідно віку.

Сімейний анамнез: у бабусі інсулінзалежний цукровий діабет.

Об'єктивно: стан важкий, дитина загальмована. З рота запах ацетону. Шкіра і слизові оболонки сухі, бліді. Губи сухі, червоного кольору. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Гіпотонія. Тонус очних яблук знижений. Дихання Кусмауля. Тони серця глухі, тахікардія до 130 у хвилину. АТ 90/60 мм рт. ст. Живіт напружений. Печінка щільна, пальпується на 4 см нижче краю реберної дуги. Сечовипускання до 20 разів за добу.

Лабораторні дані: Цукор крові – 29 ммоль/л, цукор сечі - 10‰, ацетон у сечі - +++++, осмолярність крові – 260 мосм/л.

Питання:

1. Сформулюйте повний клінічний діагноз.

Задача 5

Скарги: на неспокій дитини, «мозковий» крик, зригування

Анамнез: Дитина чоловічої статі народилася від 1 вагітності, що перебігала з загрозою переривання у останньому триместрі, народився у термін 39 тижнів з масою 4160 г, довжиною 54 см, з оцінкою за шкалою Апгар 5-6 балів.

Об'єктивно: Дитина неспокійна. Шкірні покриви блідо-рожеві змармуровим малюнком. Тремор підборіддя верхніх кінцівок. Спонтанний рефлекс Моро. Симптом Грефе. Велике джерельце вибухає. На 2 добу життя у дитини спостерігалася поява судом з переважанням тонічного компоненту.

Лабораторні дані: гемограма: Ер.- $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв-140г/л, КП - 1,0, лейк.- 9×10^9 /л, б-0%, е-1%, п-7%, с-48%, л-38%, м-6%, ШОЕ-8 мм/год. Дослідження ліквору: ксантохромія, протеїнорахія, лімфоцитарний цитоз.

Питання

1. Сформулюйте діагноз.

Задача 6

Скарги: Жовтяничне забарвлення шкіри.

Анамнез: Дитині 20 днів. Народився від матері, страждаючої пієлонефритом. Під час вагітності було загострення пієлонефриту. Пологи в терміні 38 тижнів. Стать чоловіча. Маса при народженні 3000,0. Оцінка по шкалі Апгар - 8 балів.

Об'єктивно: При огляді звертає на себе увагу гіпертрофія пенісу, гіперпигментація сосків, з перших днів життя спостерігається упорне блювання, не пов'язане з прийомом їжі. Блювання поступово посилювалося. Тургор тканин понижений. Дитина стала млявою, погано смокче, крик слабкий, виражена гіпотонія м'язів.

Лабораторні дані: гемограма: ер.- $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв-140 г/л, КП - 1,0, лейкоц.- $9 \times 10^9/л$, е-1%, п-3%, с-43%, л-47 %, м-6%, ШОЕ- 8 мм/год. Натрій сироватки: 115 ммоль/л, калій: 6,8 ммоль/л, гпернатрійурия, хлорурія. Вміст 17 –КС у сечі підвищений.

Питання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Що призвело до розвитку даного стану у дитини?

Задача 7

Дівчинка, 13 років.

Скарги: на біль в ділянці серця, серцебиття, відчуття жару, запаморочення, слабкість.

Анамнез хвороби: скарги з'явилися 2 місяці тому після перенесеної лакунарної ангіни. Схудла на 4 кг, погіршилася успішність у школі, поганий сон. Апетит не порушений.

Об'єктивно: маса – 38 кг, ріст – 155 см. Різко виражене психомоторне збудження, температура тіла $38^{\circ}C$, підвищена пітливість, блювота. Пульс 150 уд. за хвилину, аритмічний. АТ 140/60 мм.рт.ст. Виражена жовтяниця шкіри, склер, явища дегідратації. Тони серця послаблені. У легенях жорстке дихання. Живіт напружений, біль при пальпації. Печінка + 2 см.

Лабораторні дані: загальний аналіз крові: Нв – 141 г/л, ер. - $4,24 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $4,8 \times 10^9/л$, тромбоц. – 291 г/л, ШОЕ – 7 мм/год. Рівень тироксину – 230 нмоль/л (N – 72-150 нмоль/л), холестерин – 2 ммоль/л, залишковий азот – 50 ммоль/л.

Питання:

1. Сформулюйте клінічний діагноз.

Задача 8

Хвора Ш., 8 років

Скарги: висип на шкірі кінцівок і тулубі, що виник у ночі; кровотечі з ясен, блідість шкіряних покривів. На тлі цих скарг раптово стали турбувати головний біль, запаморочення, блювота "кавовою гущавиною", біль в животі.

Анамнез хвороби: вище вказані скарги з'явилися спонтанно, через 2 тижні після ГРВІ.

Об'єктивно: стан важкий, свідомість не порушена, Т тіла 37,2 С, ЧСС - 96 уд. за хв., ЧДД – 22 за хв. На шкірі кінцівок, передньої поверхні тулуба, обличчі численні екхімози і петехії; висипання поліхромні, несиметричні. Відзначаються кровотечі з ясен. Периферичні лімфоузли не збільшені. Дихання над легеньми везикулярне, тони серця приглушені, ритмічні, прискорені. Живіт м'який, болючий у епігастрії та мезогастрії, симптоми подразнення черевини сумнівні. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Кончаловського-Румпель різко позитивний. Сечовипускання занепокоєння не викликає. Мелена.

Аналіз крові: ер. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 105 г/л, ЦП - 0,9, лейкоцити - $7,8 \times 10^9/л$ (еозин. - 5%, нейтр. - 65%, лімф. 25%, мон. - 5%), тромбоцити - $15 \times 10^9/л$. ШОЕ - 25мм/г. Тривалість кровотечі по Дюке 10 хв. Час згортання по Лі-Уайту 5 хв.

Питання:

1. Встановите діагноз вказаному хворому.
2. Вкажіть основний синдром у цього хворого.

Задача 9

Скарги: інтенсивне жовтяничне забарвлення шкіри.

Анамнез: Дитина від молодих здорових батьків. Вагітність перебігала нормально, пологи в строк.

Об'єктивно: Маса при народженні 3500,0. Закричав відразу. Наприкінці 1-го дня життя з'явилася жовтяниця, яка інтенсивно стала наростати, дитина стала більш млявою, з'явилися зригування. Печінка + 5 см.

Лабораторні дані: гемограма: Нв при народженні 166 г/л, на 5 день – 130 г/л, еритробласти - 5:100, група крові матері 0 (1), резус-позитивна, дитини А (II), резус- позитивна. В крові непрямий білірубін в 1 добу 156,5 мкмоль/л, на 4 день життя білірубін - 324,9 мкмоль/л, реакція непряма.

Питання:

1. Ваш діагноз.

2. Перерахуйте захворювання, з якими треба проводити диференційний діагноз.

Задача 10

Хворий Ж., 3 роки

Скарги: швидка втомлюваність, часті тривалі кровотечі, що відновляються через 30-60 хв після травми, порізу; двічі крововилив у колінний суглоб при забиттях. Після екстракції молочного зуба відзначається тривала кровотеча.

Анамнез хвороби: з 6 мес. у хворого реєструвалися кровотечі з ясен при прорізуванні зубів, міжм'язові гематоми і гемартрози при незначних забиттях.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із погрозою переривання; пологи фізіологічні. Батьки здорові, у дідуся по материнській лінії також відзначалися схожі симптоми. Алергоанамнез не обтяжений.

Об'єктивно: Т тіла 37,0 С, ЧСС – 100 уд. у хв., ЧДД – 24 у хв., стан середньої важкості, контактний, блідість шкірних покривів, на стегнах підшкірні гематоми розміром до 10-12 см. Слизові чисті, рожеві. В області лунки 2 різця знизу кровотеча. Лімфовузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені. Стілець 1 раз на добу, кал оформлений, без патологічних домішок. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники: - загальний аналіз крові: ер. - $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л, ЦП - 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/гч, тромбоц. - $180 \times 10^9/л$, е – 5 %, п – 7 %, с – 68 %, л – 15 %, м – 5 %.

- час згортання – 15 хв, рівень VIII фактора – 3 %, коалін-кефаліновий час – 50 с, протромбіновий індекс - 0,85, фібриноген А - 3,2 г/л, тромбіновий час – 20 с.

Питання:

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. Яка помилка допущена стоматологом у відношенні лікування хворого?

Задача 11

Хворий Ж., 1 рік

Скарги: петехіальні висипання і екхімози на шкірі тулуба, кінцівок, повторні носові кровотечі, підвищення температури тіла до 39,5 С, рідкий

непродуктивний кашель, відмовлення від їжі, повторну блювоту, задишку.

Анамнез хвороби: дані скарги реєструються на протязі 2-х днів.

Анамнез життя: від доношеної вагітності, що протікала з погрозою переривання; гестозом, пологи фізіологічні, слабкість пологової діяльності. Батьки здорові, у двоюрідного брата по материнській лінії відзначалися схожі симптоми, дитина вмерла від сепсису у віці 1,5 мес. Алергічна реакція на коров'яче молоко, яйце, у виді гіперемії і мокнуття на шкірі обличчя, тулуба. З перших тижнів життя реєструються петехії, кровотечі, у 1,5 місячному віці переніс бронхіоліт, у 6мес. – пневмонія, часті ГРВІ.

Об'єктивно: Т тіла 39,2°C, ЧСС - 130уд.ухв., ЧДД – 44 у хв., стан важкий, виражена інтоксикація, гіпотрофія 2 ст., на шкірі тулуба та кінцівок поліхромні петехії і екхімози, на щоках – гіперемія і мокнуття. Слизові чисті, рожеві. Лімфовузли пальпуються у всіх групах, діаметром 0,5-0,7 см, еластичні, безболісні. Участь допоміжної мускулатури при диханні. У легнях над нижньою долею зліва перкуторно притуплення звуку, аускультативно жорстке дихання, одиничні крепетуючі хрипи. Тони серця ритмічні, приглушені. Живіт м'який, безболісний, печінка +1,5 см, край гладкий, селезінка + 1,0 см. Стул 3 рази на добу, кал оформлений, із прожилками слизу. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

загальний аналіз крові: ер. - $2,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 90 г/л, ЦП - 0,9, лейк. - $8,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 48 мм/г, тромб. - $80 \times 10^9/л$, е – 8 %, п – 16 %, с – 56 %, л – 15 %, м – 5 %. Діаметр тромбоцитів при мікроскопії менш 2 мкм, відсутність альфа-гранул. Час згортання 6 хв, тривалість кровотечі 5 хв.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.

2. Складіть план додаткового обстеження хворого, для уточнення діагнозу.

Задача 12

Хвора С., 15 років.

Скарги: дитина без свідомості.

Анамнез хвороби: цукровим діабетом хворіє 10 років. Перебіг захворювання лабільний. Протягом 2 років - протеїнурія, артеріальна гіпертензія. Минулого тижня хворіла на ентероколіт, скаржилася на слабкість, поліурію. Сьогодні стан дитини значно погіршився, з'явилися галюцинації, олігурія.

Об'єктивно: стан дитини важкий, без свідомості. Спостерігаються судоми. Шкіра і слизові оболонки сухі, бліді. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Тургор тканин різко знижений. Гіпертонус м'язів, менінгеальні знаки позитивні. Очні яблука м'які. Запах ацетону відсутній. Дихання часте, поверхнєве. Тони серця глухі, тахікардія до 110 у хв. АТ 80/40 мм.рт.ст. Живіт м'який.

Запитання:

1. Про розвиток якого стану у хворої можна думати?
2. Що сприяло розвитку даного стану?

Задача 13

Хворий Ж., 7 років

Скарги: підвищення температури тіла до 38,2 °С, еритематозно-папульозні і петехіальні висипання, симетрично розташовані, на шкірі розгинаючих поверхонь кінцівок, сідницях; болючість, набряк, гіперемія в області гомілковостопних суглобів. Після погрішності в дієті (тверда їжа) з'явилися сильні болі в животі переймоподібного характеру без чіткої локалізації, кривава блювота.

Анамнез хвороби: 1,5 нед. назад переніс ГРВІ, 2 дні назад підвищилася температура тіла, з'явилися вище вказані скарги.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності. Батьки здорові. Алергічна реакція на цитрусові.

Об'єктивно: Т тіла 37,7 °С, ЧСС 100 уд.у хв., ЧДД – 24 у хв., стан важкий, дитина неспокійна у ліжку. На шкірі сідниць, нижніх кінцівок поліхромні петехії. Слизові чисті, бліді. Пальпуються підщелепні, заднешійні лімфоузли діаметром 0,8-0,7 см, еластичні, безболісні. Обидва гомілковостопних суглоба болісні, набрякливі, шкіра над ними гіперемована, гаряча. Рухи в суглобах обмежені внаслідок болю. У легенях везикулярне дихання, тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт напружений, болісний над всією поверхнею, печінка і селезінка незбільшені. Стул 2 рази на добу, мілена. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники: загальний аналіз крові: ер. - $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 125г/л, ЦП - 0,9, лейкоц. - $8,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/г, тромбоц. - $180 \times 10^9/л$, е - 8%, п - 16%, с - 56%, л - 15%, м - 5%. Час згортання 2,5 хв, час рекальцифікації плазми 60с, зменшення гепаринового часу, підвищення толерантності плазми до гепарину.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. Складіть план додаткового обстеження хворого, для уточнення діагнозу.

Задача 14

Хворий М., 14 років.

Дитина доставлена в стаціонар у без свідомому стані.

Анамнез хвороби: протягом 10 років хворіє на цукровий діабет I типу. Одержує інсулінотерапію. Постійно порушує дієту. Лікаря – ендокринолога й інших фахівців не відвідує. В анамнезі неодноразово відзначалися коматозні стани. Сьогодні після ін'єкції інсуліну ранком практично не снідав. Через 2,5 години з'явилося почуття голоду, головний біль, підвищена пітливість, стан дитини швидко змінювався – виникли тремор, запаморочення, "холодний піт", сонливість, дитина знепритомніла.

Об'єктивно: У несвідомому стані. Шкіра бліда, підвищеної вологості, слизові вологі, звичайного кольору. Дихання поверхневе, запаху ацетону не відчувається. АТ 80/40 ммрт.ст.

Питання:

1. Про розвиток якого стану в дитини можна думати?
2. Визначите причину розвитку стану, що виник у дитини.

Задача 15

Хворий Е., 9 років

Скарги: підвищення температури тіла до 37,50 С, петехіальні висипання, симетрично розташовані, на шкірі розгинаючих поверхонь кінцівок, сідницях. З 7 дня захворювання з'явилися головний біль, повторна блювота, що не приносить полегшення, пастозність обличчя та гомілок.

Анамнез хвороби: початок захворювання батьки пов'язують з погрішністю в дієті (дитина з'їла велику кількість цитрусових, шоколаду) і перенесеної 2 тижні назад ГРВІ після чого підвищилася температура тіла, з'явилися вище вказані скарги.

Анамнез життя: Батьки здорові. Алергічна реакція на цитрусові.

Об'єктивно: Т тіла 37,9⁰С, ЧСС – 64 уд. у хв., ЧДД – 22 у хв., стан важкий, на шкірі сідниць, нижніх кінцівок поліхромні петехії. Слизові чисті, рожеві. Пастозність обличчя, набряки на передній поверхні гомілок. Пальпуються підщелепні, заднешійні лімфоузли діаметром 0,8-0,7 см, еластичні, безболісні. У легенях везикулярне дихання, тони серця

прискоренні, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, болючий при поверхневій пальпації, печінка +1,0 см, край злегка болючий, селезінка не збільшена. Стул 1 раз на добу, кал оформлений, без патологічних домішок. Сечовипускання рідке, малими об'ємами.

Лабораторні показники: загальний аналіз крові: ер. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 105 г/л, ЦП - 0,9, лейкоц. - $8,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/г, тромбоц. - $180 \times 10^9/л$, е - 8%, п - 16%, с - 56%, л - 15%, м - 5%. Загальний аналіз сечі: 50 мл, колір м'ясних помиїв, мутна, рН-луж., питома вага - 1035, лейкоц. 20-35 в полі зору, еритроцити на все поле зору, циліндри гіалінові, зернисті, слиз. Час згортання 2 хв, час рекальцифікації плазми 60с, зменшення гепарінового часу, підвищення толерантності плазми до гепаріну.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. Складіть план додаткового лабораторного обстеження хворого, для уточнення діагнозу.

Задача 16

Скарги: млявість, порушення дихання.

Анамнез: Дитина від молодих здорових батьків, 1 вагітності, що перебігала з токсикозом у 1 половині. Пологи в 29-30 тижнів Тривалість 1 періоду пологів - 7 годин. 40 хв., 2 періоду - 20 хв. Маса при народженні 1000 гр., довжина 43 см. ЧД 70 за хв. Оцінка за шкалою Сильверман – 4-5 балів. У першу добу давав часті напади ціанозу, асфіксії, був дуже млявим, швидко охолоджувався, при диханні западає грудина.

Об'єктивно: Стан дитини тяжкий. В акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура, грудина запала. Шкірні покрови з ціанотичним відтінком. Вигодовується через зонд.

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. Визначте показання для штучної вентиляції легень.

Задача 17

Хвора, 11 років.

Скарги: на слабкість, підвищену стомлюваність, поганий апетит, нудоту, головокружіння, періодично розріджені випорожнення, потемніння шкіри.

Анамнез хвороби: хворіє 2-й рік. За цей час схудла на 5 кг. За останні півроку самопочуття погіршилося. Обстежилася і лікувалася в гастроентерологічному відділенні без ефекту. Спостерігалася в невролога. Останній тиждень хворіє ГРВІ. Стан погіршився. З'явилася нудота, блювота, біль у животі, діарея, слабкість, запаморочення.

Об'єктивно: загальний стан важкий. Дівчинка адинамічна. Часта блювота. Гіперпигментація шкіри, особливо відкритих ділянок (обличчя, шия, руки), складок, сосків. Тургор тканин знижений. Визначається пигментація слизової оболонки щік, напроти кутніх зубів. Дихання везикулярне. Тони серця різко ослаблені, тахікардія. Пульс частий, слабкого наповнення і напруги. АТ 60/30 мм.рт.ст. Живіт напружений, болючий при пальпації.

Питання:

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Що лежить в основі патогенезу даного стану в дитини?

Задача 18

Хворий Ж., 5 років

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, блідість шкіри та слизових оболонок, зниження апетиту, рецидивуючі носові та шлунково-кишкові кровотечі, спонтанна поява петехій та екхімозів на шкірі, рецидивуючі гінгівіти, ГРВІ.

Анамнез хвороби: захворів близько 6 міс. тому, коли переніс ГРВІ, простий бронхіт, двічі - стоматит, отримував лікування сульфаніламідними препаратами. на протязі 2 мвс. Отримує лікування, проте стан прогресивно погіршується.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із загрозою переривання; фізіологічні пологи. Часто хворів ГРВІ, переніс кір, вітряну віспу. Батьки здорові. Алергоанамнез не обтяжений.

Об'єктивно: T⁰ 38,5⁰C, ЧСС 105 уд.у хв., ЧДД – 28 у хв., стан важкий, контактний, відказується від їжи, різка блідість шкіри та слизових оболонок, на шкірі кінцівок та тулуба поодинокі петехії та екхімози, гіперпигментація шкіри у аксиллярних ділянках. На слизовій щок прояви стоматиту. Лімфовузли не збільшені. У легенях жорстке дихання, хрипів не має. Тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, тахікардія, розширені розміри серця. Живіт помірно напружений, безболісний, печінка і селезінка не збільшені. Стул 3 раз на добу, кал неоформлений, мелена. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

Загальний аналіз крові: Ер. $0,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв 58 г/л, ЦП 0,85, Лейк. $1,0 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 52 мм/год., тромб. $20 \times 10^9/\text{л}$, е. 1%, п. 17%, с. 18%, л. 39%, м. 25%, ретикул. 0%.

Стерильна пункція: тотальне пригнічення всіх ростків кровотворення.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. З якими захворюваннями варто проводити диференційний діагноз даної патології.

Задача 19

Хворий К., 14 років.

Скарги: на слабкість, швидку стомлюваність, підвищену пітливість, втрату маси тіла при задовільному апетиті, швидко прогресуюче зниження гостроти зору, приступи підвищення артеріального тиску до 180/110 мм.рт.ст.

Анамнез хвороби: дані скарги з'явилися протягом останніх 8 місяців. За цей час спостерігалось 5 приступів підвищення артеріального тиску, що супроводжувалися головним болем, тахікардією, задишкою, болем в області серця, живота, попереку. Приступ закінчується зниженням АТ, брадикардією, пітливістю, нудотою, блювотою, поліурією.

Об'єктивно: стан дитини важкий, нервово-емоційне збудження, відзначається тремтіння рук, шкіра бліда, волога. Частота дихання 28 у хв. АТ 190/100 мм.рт.ст. Тони серця приглушені, тахіаріtmія, пульс 110 уд/хв. Після введення гіпотензивних препаратів артеріальний тиск не знизився.

Питання:

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Що може бути причиною розвитку погіршення стану хворого?

Задача 20

Скарги: блідість, мляве смоктання.

Анамнез: Дитина народилася від матері, що зловживала алкоголем. Вагітність протікала з токсикозом. Загрозою переривання. Прикладений до грудей на 2 добу, смоктав мляво.

Об'єктивно: Пологи у 36 тижнів. Маса при народженні 2200 г. Оцінка за шкалою Апгар - 6 балів, через 5 хв. - 8 балів. На 3-й день життя виписаний з пологового будинку. При огляді звертає на себе увагу мікрофтальм, птоз, косоокість, аномальна форма грудної клітки, укорочення стоп, подовження обличчя, недорозвинення підборіддя, блідість, слабкий крик, зниження

тонусу очних яблук, схильність до гіпотермії, брадикардія, судомна готовність.

Лабораторні дані: Рівень непрямого білірубіну в сироватці крові склав – 120 мкмоль/л, трансамінази - у межах норми. ан крові: ер.- $5,0 \times 10^{12}$ /л, Нв-140г/л, КП - 1,0, лейкоц.- 9×10^9 /л, б-0%, е-1%, п-3%, с-48%, л-47 %, м-6%, ШОЕ-8 мм/час. Глюкоза крові - 1,67 ммоль/л

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. З чим пов'язаний розвиток даного стану у дитини?

Задача 21

Скарги: млявість, схильність до закрєпів, жовтяницю.

Анамнез: Дитина чоловічої статі, 15-ої доби життя, народився від 1 вагітності при терміні гестації 40 тижнів з масою 4200 г, завдовжки 60 см, з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів.

Об'єктивно: Дитина правильної будови, достатнього харчування. Пупкова кила. Рефлекси періоду новонароджених пригнічені. Збільшений у розмірах язик. Живіт пастозний, набряклість в області гомілок і стоп, вузькі очні щілини, сідлоподібний ніс, схильність до закрєпів.

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. Вкажіть необхідні додаткові дослідження.
3. Перерахуйте захворювання, з якими треба проводити диференційний діагноз.

Задача 22

Хворий Ж., 4 роки

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, зниження апетиту, головний біль, відчуття важкості у лівому підребер'ї, жовтяниця, блідість слизових оболонок, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, різка адінамія.

Анамнез хвороби: з 3 років спостерігається у гематолога, вказані скарги турбують 5 днів після ГРВІ.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із загрозою переривання; фізіологічні пологи. Серед родичів з боку батька є хворі із схожими симптомами. Алергоанамнез не обтяжений.

Об'єктивно: T^0 39,0 $^{\circ}$ C, ЧСС 105 уд.в хв., ЧДД – 28 в хв., стан важкий, контактний, адинамічний, блідість слизових оболонок, жовтушність шкіри. Множинні стигми дисембріогенезу: «гоґичне піднебіння», прогнатизм, гетерохромія радужки, синдактилія 2-3 пальців на стопах. Лімфовузли не збільшені. У легенях жорстке дихання, тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, збільшення розмірів відносної серцевої тупості. Живіт м'який, помірно болісний у лівому підребр'ї. Печінка +3,5 см, край гладкий, селезінка +2,0 см, щільна, гладка, болісна. Стул 3 раз на добу, кал неоформлений, інтенсивно забарвлений. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники: загальний аналіз крові: ер. $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нв 78 г/л, ЦП 0,7, лейкоц. $7,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ 42 мм/г, тромбоц. 140×10^9 /л, е 4%, п 17%, с 41%, л 30%, м 8%, ретикул. 0%, мікросфероцити.

Осмолична стійкість еритроцитів мін. 0,6% - макс.0,3%. Проба Кумбса отриц. Загальний білірубін 54 мкмоль/л, непрямий – 48 мкмоль/л. В мієлограмі – гіпоплазія червоного ростку.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. З якими захворюваннями варто проводити диференціальний діагноз данної патології.

Задача 23

Хворий Г., 11 років

Скарги: (за словами матері) напередодні госпіталізації з'явилися болі в животі, багаторазова блювота та втрата свідомості.

Анамнез захворювання: протягом місяця після перенесеного паротиту, у дитини з'явилась спрага, слабкість, тошнота, швидке схуднення і зниження апетиту.

Родинний анамнез: бабуся хворого страждає на цукровий діабет 2 типу.

Об'єктивно: загальний стан дитини важкий, свідомість відсутня. Дихання глибоке, шумне, 32 за хв.. Тони серця приглушені, тахікардія до 120 за хв., АТ 80/55 мм.рт.ст.. Живіт м'який, печінка + 3 см, селезінка не пальпується.

Данні лабораторних досліджень: глюкоза крові натще 24 ммоль/л, цукор сечі 5 % , кетонів тіла в сечі +++++, гемоглобін -160 г/л, калій сироватки 3 ммоль/л, мочевина крові 15 ммоль/л, осмолярність сироватки 310 мост/л.

Питання:

1. Сформулюйте повний клінічний діагноз.
2. Які причини даного патологічного стану у дитини?

Задача 24

Хворий Т., 14 років.

Скарги на погіршення загального стану; нудоту, блювання, біль в животі, діарею, загальну слабкість.

Анамнез захворювання: протягом 3х років страждає на хворобу Адисона. Отримує преднізолон. Спостерігається лікарем нерегулярно. Останні чотири дні хворіє на лакуарну ангіну. З'явилися вище вказані скарги.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Рухова активність різко знижена. У дитини невгамоване блювання. На запитання відповідає з утрудненням. Виражена гіперпігментація шкіри і слизових оболонок. Тургор тканин знижений. Тони серця різко ослаблені, тахікардія. Дихання везикулярне. Артеріальний тиск 60/30 мм.рт.ст. Живіт напружений, болючий при пальпації.

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. Які причини розвитку даного стану у дитини?

Задача 25

Хворий Ю., 12 років

Доставлений в дитячу лікарню в тяжкому стані у супроводі матері.

Скарги матері на слабкість, пітливість, не зрозумілу мову, втрату свідомості.

Анамнез захворювання: хворіє цукровим діабетом сьомий рік. Зранку о 8:00 було введено інсуліни, але відмовився їсти. Стан погіршився о 9:00. З'явилися вказані вище скарги. Мати дала дитині випити солодкий чай, стан не покращився. Потім мати помітила, що дитина втратила свідомість, і ввела 10 Од інсуліну короткої дії.

Об'єктивно: загальний стан дитини тяжкий. Хлопчик слабо реагує на огляд. Анізокорія. Язик вологий. Шкіра волога на дотик. Виражені судоми кінцівок та мимічної мускулатури. Артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст. Пульс 96 за хвилину. Тони серця приглушені. Дихання жорстке, одиничні сухі гранти. Живіт м'який.

Питання:

1. Ваш клінічний діагноз?
2. Чи вірна тактика матері по повторному введенні інсуліну?

Задача 26

Скарги: поява висипки на тулубі й кінцівках.

Анамнез: Дитина народилася від першої вагітності, 1 пологів, з масою 3300 г, довжиною 54 см, у терміні 39 тижнів. Вагітність перебігала з гестозом 1 половини, анемією, Мати страждає на епілепсію, у зв'язку з чим під час вагітності продовжувала прийом протисудомних препаратів.

Об'єктивно: На 2 добу життя у дитини відзначалася поява на шкірі тулуба і кінцівок дрібних геморагічних елементів, загальний стан дитини не порушений.

Лабораторні дані: аналіз периферичної крові: Ер.- $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-170 г/л, КП - 1,0, тромб. $170 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц.- $9 \times 10^9/\text{л}$, б-0%, э-1%, п-4%, с-48%, л-41%, м-6%, ШОЕ-8 мм/час.

Питання:

1. Встановіть попередній діагноз
2. Призначте план обстеження

Задача 27

Хворий Е., 3 роки

Скарги: підвищення температури тіла до фебрильних цифр, блювота, що не приносить полегшення, утрата свідомості.

Анамнез хвороби: з 3 міс. прояви анемії. У віці 15 міс. почав отримувати лікування, проведена спленектомія. Проте у наступному проводилися часті гемотрансфузії. Погіршення стану батьки пов'язують із перенесеним ГРВІ.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із загрозою переривання; фізіологічні пологи. Алергоанамнез та спадковість не обтяжені. Дитина народилася у сім'ї вихідців з Пакистану.

Об'єктивно: $T^0 38,0^0\text{C}$, ЧСС 68 уд.в хв., ЧДД – 38 в хв., АД 70/40 мм.рт.ст, стан важкий, свідомості немає, шкіра блідо-жовто-землистого кольору, пастозність стоп, відстає в масі від норми. Слизові оболонки блідо-жовті, гінгівіт. Пальпуються лімфовузли у всіх групах до 0,5 см, безболісні, еластичні. У легенях жорстке дихання, крепетуючі хрипи. Тони серця аритмічні, глухі, брадіарітмія, систолічний шум на верхівці, ліва границя розширена на 1,5 см. Живіт м'який, безболісний. Печінка +3,5 см, край

гладкий, селезінка не пальпується. Стул 2 раз на добу, кал полуоформлений, звичайного коліру. Олігоурія, сеча насиченого кольору.

Лабораторні показники:

- загальний аналіз крові: : ер. $2,5 \times 10^{12}/л$, Нв 45 г/л, ЦП 1,0, лейкоц. $12,8 \times 10^9/л$, ШОЕ 38 мм/г, тромб. $160 \times 10^9/л$, е 8%, п 16%, с 40%, л 30%, м 6%, мікросфероцитоз.

- бакпосів з верхніх дихальних шляхів – пневмокок, золотистий стафілокок.

Питання

1. Встановіть клінічний діагноз хворому.
2. Які зміни слід очікувати у внутрішніх органах даного хворого.
3. З якими захворюваннями варто проводити диференціальний діагноз даної патології

Задача 28

Дівчинка Ш., 4-а доба життя

Скарги матері на млявість дитини, відсутність наростання маси, млявість ссання.

Об'єктивно: Стан дитини тяжкий. Під час огляду часте блювання. Прояви дисфункції шлунково-кишкового тракту у вигляді діареї. Шкіра суха з ціанотичним відтінком. Велике джерельце 2х1,5 см, запале. Тургор м'яких тканин різко знижений. Рефлекси періоду новонародженості знижені. Дихання пуерильне. Серцева діяльність аритмічна, тахікардія, тони глухі. Живіт м'який. Клітор збільшений у розмірах, неповне зрощення статевих губ, неповне розділення уретри та вагіни.

Питання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Які порушення електролітного балансу спостерігаються при даній формі захворювання?

Задача 29

Хворий Ж., 4 роки

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, зниження апетиту, головний біль, блідість слизових оболонок, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, біль у горлі, рецидивуючі гінгівіти.

Анамнез хвороби: вказані скарги турбують 8 тижнів, дільничним лікарем встановлено діагноз ГРВІ, отримував антибіотики, симптоматичну

терапію, проте стан погіршувався. У стаціонарі встановлено діагноз, розпочато лікування на тлі якого з'явилася підвищена кровоточивість слизових оболонок, петехіальні висипи, ангіна.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із загрозою переривання; фізіологічні пологи. Алергоанамнез та спадковість не обтяжені.

Об'єктивно: T^0 38,6⁰C, ЧСС 124 уд.в хв., ЧДД – 26 в хв., стан важкий, контактний, блідість слизових оболонок, множинні петехіальні висипи на тулубі та кінцівках. Лімфовузли в 3 групах до 0,5-1,0 см, безболісні, м'яко-еластичні. У легенях жорстке дихання, тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, безболісний. Печінка +1,5 см, край гладкий, селезінка не пальпується. Стул 1 раз на добу, кал оформлений, забарвлений. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

- загальний аналіз крові: ер. $1,8 \times 10^{12}/л$, Нв 56 г/л, ЦП 0,85, лейкоц.-1,3 (підрахунок на 30 клітин, з них 9 гранулоцити), тромбоц. $45 \times 10^9/л$. В мієлограмі – пригнічення усіх ростків кровотворення.

Питання

- 1.Встановіть клінічний діагноз хворому.
- 2.Назвіть принципи терапії даного хворого.

Задача 30

Скарги: мляве смоктання, періодичне виникнення ціанозу.

Анамнез: Дитина від другої вагітності, 1 вагітність - медаборт, вагітність протікала з гестозом першої половини, анемією, загрозою переривання. Пологи у строк 38-39 тижнів, маса 2650 г, довжина тіла - 43 см.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, під час смоктання - ціаноз носогубного трикутника, періорбітальний ціаноз. При аускультатії вислуховується систолічний шум уздовж лівого краю грудини, другий тон на легеневій артерії ослаблений. На 3 добу життя у дитини на тлі тахікардії розвинувся важкий напад задишки з тотальним ціанозом. На рентгенограмі ОГК - серце у формі чобітка, легеневої малюнок збіднений.

Питання:

- 1.Встановіть попередній діагноз
- 2.Які додаткові обстеження дозволять підтвердити діагноз?

Задача 31

Дитині 8 місяців. Має наступні особливості – квадратна форма черепа, розширення нижньої апертури грудної клітини, кіфоз хребта в грудному відділі, потовщення ребер по передній поверхні грудної клітини. Дитина сидить невпевнено. Легко складає тулуб до нижніх кінцівок. Капризна, негативна, постійно пітна. Під час прогулянки сонячним весняним днем дитина тривало плакала, зненацька зробила гучний, утруднений вдих, збліднула, з'явився дифузний ціаноз, дитина знепритомніла на 10 секунд. Потім виник шумний вдих повітря, поступово дихання стало ритмічним, дитина заснула.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 32

Дитина 10 років, госпіталізована у приймальне відділення зі скаргами на набряк обличчя, утруднення дихання, появою висипки папульозного характеру. При огляді - різко виражений набряк обличчя, шиї, дихання шумне з втягненням допоміжних м'язів, ЧД - 36/хв., пероральний ціаноз, дихання над легенями жорстке, тони серця ритмічні, ЧСС - 120/хв. Живіт не болючий.

Питання

1. Визначте попередній діагноз.

Задача 33

Дитина: 2 роки 3 міс.

Скарги: на утруднений видих - свистячий подих, частий нав'язливий кашель, підвищену температуру тіла, занепокоєння.

Анамнез хвороби: хворіє 5 діб, захворювання почалося з підвищення температури тіла, кашлю і нежиті. Напередодні за тиждень до захворювання старші діти хворіли ГРВІ. Через неефективність амбулаторного лікування і різке погіршення стану здоров'я дитина направлена на стаціонарне лікування.

Об'єктивно: стан важкий, дитина неспокійна. Шкірні покриви і видимі слизуваті бліді, синюшні: ціаноз помітно підсилюється при занепокоєнні дитини. Подих частий до 54 у хв., поверхневий з утрудненим видихом. Крила носа напружені, беруть участь у подиху, чутні дистанційні хрипи. Грудна клітка роздута, спостерігається втягіння податливих місць грудної клітки при подиху. Над легенями перкуторно коробковий звук, аускультативно на

тлі жорсткого подиху у верхніх відділах легень маса сухих свистячих хрипів, що дзижчать, а в нижніх відділах подих різко ослаблений, хрипи не вислухуються. Тони серця глухі, брадикардія. Пульс 84 у 1 хв. слабкого наповнення і напруги. Живіт м'який, печінка і селезінка виступають з під реберної дуги на 2см і 1см відповідно.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 34

Хлопчик 2,5 років.

Скарги: поліурія, полідипсія, слабкість, болі в ногах, О-образна деформація нижніх кінцівок.

Анамнез життя: дитина від другої вагітності, що протікала з токсикозом першої половини. Пологи термінові. Маса при народженні 3300 г, довжина 51 см. Часто хворів на респіраторні захворювання, переніс пневмонію в 1 рік і отит у 1,6 року. Сидить з 7 міс, стоїть з 10 міс, ходить з 1 року 5 міс. Говорить 2-3 слова.

Батьки і перша дитина в родині здорові.

Анамнез хвороби: Варусна деформація нижніх кінцівок з'явилася у віці 1 року і 2 міс. На першому році життя з профілактичною метою одержував вітамін D₃. На другому році життя одержував лікування вітаміном D₃, масаж. Однак поліпшення не було. Останні два місяці відзначається поліурія, дитина швидко утомлюється при ходьбі. День назад з'явилася спрага, дитина стала неспокійною.

Об'єктивно: Дитина неспокійна. Виражена варусна деформація гомілок і стегон, «браслетки», реберні «чіткі», деформація грудної клітки, м'язова гіпотонія. Шкіра чиста, бліда, суха, тургор знижений, слизова оболонка губ суха, жадібно п'є. У легенях везикулярний подих, ЧД – 28 /хв, ЧСС – 130/хв, тони серця приглушені, ритмічні, АТ 80/50 мм рт. ст. Живіт роздутий, м'який, безболісний, печінка +3см, селезінка у краю реберної дуги. Стул – схильність до запорів, сеча звичайного кольору, мочиться часто.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 35

Дівчинка 11 років госпіталізована до стаціонару зі скаргами на головний біль, нудоту, блювання. Анамнез захворювання: 2 тижні тому

перенесла ангіну. За останній тиждень погіршився апетит, з'явилась пастозність обличчя та гомілок, сеча стала кольору «м'ясних помиїв».

При огляді: стан важкий, АТ - 170/95 мм рт. ст., шкірні покриви бліді. Пульс напружений, брадикардія. Тони серця приглушені. У загальному аналізі сечі – еритроцити на все поле зору. Креатинін, сечовина сироватки крові в межах нормальних показників.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 36

У дитини 8 років на тлі правосторонньої полісегментарної пневмонії відмічені наступні симптоми: тахіпноє із співвідношенням пульсу і дихання 2:1, АТ - 130/90 мм.рт.ст., пульс – 98 пошт./хв., втягіння піддатливих ділянок грудної клітки. Підчас вдиху - звучність дихальних шумів. Дитина неспокійна, збуджена. Ціаноз носогубного трикутника, РаО₂ - 65 мм рт.ст.

Питання

1. Поставити попередній діагноз.
2. Якому ступеню дихальної недостатності відповідають дані зміни?

Задача 37

Дівчинка 12 років. Перенесла тиждень тому ГРВІ. Стан погіршився: малоемоційна, апетит знижений, сонливість, з'явилась швидка втомлюваність. Періодично виникає неприємне відчуття «перебоїв», „завмирання” серця. Шкіра бліда, акроціаноз, мікрополіаденія. Набряків немає. Суглоби не змінені. Слизові оболонки ротової порожнини рожеві, вологі, чисті. Межі серця: права - на 1 см ззовні від правої стернальної лінії, верхня – 2 ребро, ліва – на 1,5 см ззовні від лівої середньо-ключичної лінії. При аускультатії – ЧСС – 140 ударів за хвилину, І тон на верхівці глухий, ніжний систолічний шум над верхівкою. Над легеньми легеневий перкуторний звук, везикулярне дихання. Нижній край печінки під лівим підребер'ям.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 38

Хлопчик 7 років, поступив зі скаргами на набряки обличчя, гомілок, зниження діурезу до 100 мл за добу, блювоту, млявість. Анамнез

захворювання: 2 тижні тому переніс скарлатину. Стан погіршився за останню добу. Об'єктивно: загальний стан важкий. Виражені набряки обличчя, живота, кінцівок. АТ - 160/95 мм рт. ст. Біохімія крові: калій – 6,0 ммоль/ л, сечовина – 24 ммоль/л, креатинін крові – 350 мкмоль/л.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 39

У відділення доставлено дитину 4 років з явищами ГРВІ (ринофарингіт); дитина збуджена, неспокійна, тремор кінцівок, тахікардія, шкіра бліда, температура тіла - 39,5°C, співвідношення між шкірною та ректальною температурою не порушено. АТ - 95/70 мм рт.ст.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 40

Дитина 2 років доставлена до лікарні машиною швидкої допомоги у тяжкому стані. Скарги на температуру 39,8 °С, клоніко-тонічні судоми. Захворів гостро, вранці цього ж дня став млявим, перестав їсти, з'явилися нежить та сухий нечастий кашель, температура тіла зранку 37,8 °С, надвечір зросла інтоксикація, на висоті лихоманки одноразова блювота, а потім з'явилися судоми.

При об'єктивному дослідженні: у дитини сопорозний стан, шкірні покриви бліді, з мармуровим малюнком, ступні та долоні холодні, лімфаденопатія, гіперемія слизової глотки та мигдаликів, спостерігається ін'єкція склер. Менінгеальних ознак немає. В легенях дихання бронхіальне з поодинокими сухими хрипами, ЧДД – 46 за хв. Межі серця вікові, тони приглушені, ЧСС – 120 пошт./хв., на верхівці вислуховується короткий систолічний шум. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені у розмірі. Стул нормальний. Із анамнезу життя відомо, що дитина від першої, нормальної вагітності, пологи у 39 тижнів, фізіологічні. Щеплення згідно календарю, на диспансерному обліку не була, вузькими спеціалістами не оглянута. Батьки здорові.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 41

Дитина 1 міс., знаходиться у дитячому відділенні лікарні з приводу правосторонньої пневмонії (S10), ДНО ст. Протягом 10 діб отримувала лікування, спостерігалися позитивна клінічна та рентгенологічна динаміка. Погіршення стану напередодні: температура тіла 37,3 °С, стала млявою, з'явився ціаноз носо-губного трикутника під час годування, швидко втомлюється і не з'їдає належний об'єм, тому докормлюється через зонд. Зросла задишка змішаного характеру, ЧДД – 72 за хв., в легенях знов з'явилися вологі хрипи з двох сторін, переважно у нижній долі справа. Межі серця розширені, тахікардія - до 180 пошт./хв., систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, печінка +5,0см нижче реберної дуги, селезінка + 1,0 см; над лобком, на попереці та ступнях - набряки. При обстеженні: Нв - 110 г/л, Ер. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лей. - $6,8 \times 10^9$ /л, э – 2%, п – 5%, с – 36%, л – 47%, м – 10%, ШОЕ 10 мм/год, СРБ ++, КФК МВ – 48 МЕ/мл (N до 25 МЕ/мл), креатинін крові- 88 мкмоль/л, сечовина крові - 4,5 ммоль/л, заг. ан. сечі: світло-жовта, РН - лужна, питома вага - 1004, лей. - 1-2 у п/зор., ер. - немає, епіт. плоский – поодинокі у п./ зор. ЕКГ - вольтаж знижений, горизонтальна ел. вісь, ритм синусовий, синусова тахікардія, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, порушення процесів реполяризації. Ехокардіоскопія: співвідношення аорти до легеневої артерії - 1:1, дилатація ЛШ, помірна гіпертрофія МШП та стінки ЛШ (до 7 мм), листки перикарду потовщені, між ними - випіт до 4 мм, ФВ - 50%, відкрите овальне вікно.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 42

Дівчинка 4-х років. Скарги на підвищення температури тіла до 39,6 °С протягом 5 годин, ефекту від прийому парацетамолу немає. Відмічається головний біль, біль у животі, часті сечовиділення. Бліда, шкіра чиста, кінцівки холодні. Слизові оболонки блідо-рожеві, мигдалики без нальотів. При перкусії - легеневий звук, аускультативно - везикулярне дихання. Частота дихання - 35 за хв. ЧСС - 150 пошт. за хв. Межі серця: права - на 0,5 см ззовні від правої стернальної лінії, верхня – 3 ребро, ліва – на 0,5 см ззовні від лівої середньо-ключичної лінії. Живіт при пальпації безболісний. Печінка з-під краю лівої реберної дуги не виступає. Нирки не пальпуються. Набряків немає. Синдром Пастернацького позитивний. Сеча мутна.

Питання

1. Визначте попередній діагноз.

Задача 43

Дитині 2 роки. Захворіла вперше. Хворіє перший день: t тіла - $39,0 - 39,6^{\circ}\text{C}$, нежить, сухий кашель. Був у контакті з хворим на нежить братом. До року спостерігався педіатром не хворів. Вакцинація за віком. Об'єктивно: шкіра яскраво гіперемійована, суха, кінцівки теплі. Слизові оболонки - яскраво рожеві, мигдалики - без нальотів, на задній стінці глотки - лімфоїдні фолікули, прозорий слиз. Над легеньми - ясний легеневий перкуторний звук, аускультативно - жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. Частота дихання - 35 за хв. ЧСС – 135 пошт./хв... Межі серця: права - на 1 см ззовні від правої стернальної лінії, верхня – 2 межребір'я, ліва – на 1 см ззовні від лівої середньо-ключичної лінії. Печінка - нижче краю лівої реберної дуги на 1,0 см. Живіт при пальпації безболісний. Набряків немає.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 44

У ревмокардіологічне відділення поступив хлопчик 12 років із скаргами на температуру $39,0^{\circ}\text{C}$ протягом тижня, розповсюджену еритематозну висипку з ліловим відтінком, значну м'язову слабкість і біль у верхніх кінцівках (не може підняти руки догори, самостійно не може сходити вгору по сходинках). За останній місяць схуд на 3 кг. Приймав жарознижуючі препарати (найз, парацетамол без ефекту). Протягом останнього місяця була зростаюча слабкість і періодично піднімалася температура до субфебрильних цифр, артралгії. Висипка на шкірі з'вилася два тижні тому, періодично ставала бліднішою, протягом останніх днів носить стійкий характер.

При огляді: стан дитини тяжкий, астенізований, гіперестезія. На шкірі обличчя, в періорбітальній ділянці, навкруги губ - лілова еритема; слизова губ, ротової порожнини крихка, легко травмується, кровоточе, гінгівіт. На тулубі над плечовими, ліктьовими, колінними суглобами - еритема з ліловим відтінком, спостерігається набряк і різкий біль у м'язах при пальпації, вони в'ялі на дотик. Артрит плечових, ліктьових, колінних, гомілкових суглобів. Різка м'язова слабкість. Лімфаденопатія. Дихання везикулярне, рівномірно послаблене, перкуторний звук легеневий. Межі серця розширені ліворуч на 2,0 см, тони приглушені, синусова аритмія, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, безболісний. Печінка +3,0 см, селезінка +2,0 см. Діурез - 200 мл. Випорожнення оформлені.

Дані обстеження: ан. крові – Ер. - $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 90 г/л, Лей. – $5 \times 10^9/\text{л}$, е. – 2%, п. – 6%, с. – 42%, л. – 48%, м. – 2%, ШОЕ - 62 мм/год, ан. сечі: рН -

кисла, питома вага - 1018, білок - 0,033 г/л, лей. - 2-3 п/зору, ер. - 1-2 п/зору, СРБ++, серомукоїди - 1,2ОД, ЦККи - 25% (N до 10%), КФК 725 МЕ (N до 250), креатинін - 100 мкмоль /л, сечовина - 6,4 ммоль/л, АлАТ - 2,5 ммоль/л, білірубін - 18,5 мкмоль/л, тимолова проба - 8,8 ЕгSH. ЕКГ: вольтаж знижений, ел. вісь - горизонтальна, ритм синусовий, синусова аритмія до тахікардії, ЧСС - 88-120 пошт./хв., порушення процесів реполяризації.

Питання

1.Встановіть попередній діагноз.

Задача 45

У ревмокардіологічне відділення поступила дитина 7-ми років із скаргами на субфебрильну температуру, біль у колінних, ліктьових суглобах, переважно вранці, набряк суглобів та порушення їх функції. Хворіє 1 рік, лікувалася за місцем проживання, приймав нестероїдні протизапальні препарати, місцеву терапію лініментами з деяким тимчасовим ефектом. Погіршення стану протягом останнього тижня після перенесеної ГРВІ. Із анамнезу: реакції Манту за всі роки (-), раніш хворів тільки застудними захворюваннями, у 3 роки - вітряна віспа, щеплення - за календарем.

При огляді: хлопчик пониженого харчування, лімфаденопатія. Шкіра та слизові оболонки бліді, чисті. Над колінними і ліктьовими суглобами набряк, помітна проксимальна м'язова атрофія, дефігурація суглобів, больова контрактура. Активні та пасивні рухи в колінних та ліктьових суглобах болісні. Спостерігається симптом ранкової скутості суглобів.

Дихання в легенях везикулярне, перкуторно - звук легеневий. Межі серця вікові, тони помірно приглушені, синусова аритмія, ЧСС – 92 пошт./хв., живіт м'який, безболісний, печінка +4,0 см, селезінка не збільшена.

Огляд окуліста: увеїт обох очей. Ан крові ЕР. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 100г/л, Лей. – 12×10^9 /л, э – 4%, п – 6%, с – 34%, л – 54%, м – 2%, ШОЕ - 45 мм/час, РФ - негативний, СРБ +++ , серомукоїди - 0,88 Од, креатинін - 102 мкмоль/л, сечовина - 6,4 ммоль/л, КФК - 200 МО (N до 250 МО). Аналіз сечі: питома вага - 1022, рН нейтр, лей. - 2-3 п/зор, ер. - немає, оксалати ++, АлАТ - 0,62 ммоль/л, тимолова проба - 6,6 ЕгSH, білірубін - 16,6 мкмоль/л. Бак. посів синовіальної рідини: росту мікроорганізмів немає; цитоз: лейкоц - 1000, нейтр. - 20%, лімфоц. - 80%.

Питання

1.Встановіть попередній діагноз.

Задача 46

Хлопчик 2-х років.

Скарги на постійне підкашлювання дитини.

Під час вагітності у першому триместрі мати перенесла грип. Дитина часто хворіє на ГРВІ та обструктивні бронхіти.

Об'єктивно: маса тіла 9 кг, ріст 76 см. Блідий, ЧД 40 за хв., ЧСС 140 за хв. Блідий, грудна клітина деформована, асиметрична за рахунок збільшення її правої половини. Межі серця: справа на 1 см назовні від парастернальної лінії, верхня – 2 ребро, ліва – на 1,5 см назовні від середньоключичної лінії. При аускультатії – посилений 1 тон, посилений та розщеплений 2 тон над легеневою артерією, безперервний систолодіастолічний шум у II-III міжреберних проміжках зліва біля грудини, зниження діастолічного артеріального тиску. Над легенями легеневий звук, жорстке дихання, дрібно міхурцеві, дифузні хрипи в нижніх відділах грудної клітини. Печінка нижче краю лівої реберної дуги на 3 см. Набряки на нижніх кінцівках.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 47

Хлопчик І., 10 років (30 кг), захворів 5 днів тому.

Скарги: підвищення температури тіла до 38,9 С, утруднена мова (неможливість сказати фразу з 4-5 слів без додаткового вдиху), непродуктивний кашель, головний біль, в'ялість, зниження апетиту.

Загальний стан дитини ближче до тяжкого. Шкіряні покриви бліді, визначаються пері орбітальний та пероральний ціаноз. Слизова зіву гіперемована, пальпуються поодинокі безболісні лімфовузлі до 0,5 см в діаметрі. Задишка з участі допоміжної мускулатури в акті дихання. ЧД – 34 за хвилину. Над легенями визначається укорочення перкуторного звуку зліва в підлопаточній ділянці. При аускультатії в ділянці укорочення вислуховується послаблене дихання з одиничними крепитуючими хрипами. Посилення бронхофонії зліва. Тони серця приглушені, ритм правильний. ЧСС – 98/хв., АТ 100/55 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний.

В відділення розпочата антибактеріальна терапія – внутрішньовенно введено амоксиклав. На прикінці введення препарату у дитини виникли скарги на тотальне свербіння шкіри, печію язика, підошви, долоней.

Об'єктивно: у дитини генералізована кропив'янка, свідомість спутана, видимі слизові дуже бліді. АТ – 60/20 мм рт.ст., ЧСС – 200 за хв. Тони серця

глухі. ЧДД – 60 за хв. Дихання в легенях послаблено з подовженим видихом та масою сухих свистячих та хрипів.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 48

Дівчинка 10 років.

Знаходиться на диспансерному обліку та лікуванні з приводу системного червоного вовчаку з люпус-нефритом, люпус-гепатитом протягом трьох місяців. Отримує базисну терапію. Три доби тому додатково виникли скарги на рідкі сечовиділення з добовою кількістю сечі близько 200 мл.; сильний головний біль; запаморочення, нудота, блювота. З'явилися значні набряки.

Стан тяжкий, свідомість сплутана. Шкіра бліда, на обличчі – висипка у вигляді «метелика». На долонях та ступнях – яскрава висипка у вигляді густо розташованих крапок. Над легенями перкуторно – звук зі скороченням у задньо-базальних відділах, аускультативно – дихання ослаблене з вологими дрібнопухирцевими хрипами. Права межа серця виходить на 1 см за правий край грудини, верхня – на III ребрі, ліва – на 1 см зовні від середньо-ключичної лінії. Живіт збільшений у об'ємі, визначається вільна рідина у брюшній порожнині. Край печінки виходить із-під ребер на 4 см., гладенький, еластичний, болючий, селезінка – на 1 см., сьогодні сечовиділень не було.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 49

Звернулись батьки 5-місячної дитини зі скаргами на поверхневий сон, неспокій, судомні посіпування м'язів обличчя. Анамнез захворювання: раптово у дитини з'явилися судомні посіпування м'язів обличчя, заціпеніння, загальмованість, які тривали на протязі 2-х хвилин. Об'єктивно: загальний стан дитини важкий, обумовлений приступом клоніко-тонічних судом. Блідість шкіряних покривів, виражена пітливість. Відмічається плоска потилиця. Стійкий червоний дермографізм, м'язова гіпотонія. Виражені лобні і тім'яні бугри, “реберні чотки”.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 50

Дитина 1 року знаходиться на лікуванні з приводу кишкової інфекції, токсико-ексикозу. За останню добу стан дитини різко погіршився: з'явилась адінамія, запаморочення, за останню добу не мочився, з'явилась блювання, набряки обличчя та нижніх кінцівок. Загальний аналіз крові: анемія, підвищення ШОЕ. Біохімія крові: сечовина 25 ммоль/л, креатинін крові 350 мкмоль/л, калій 7,1 ммоль/л.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 51

Дитина 2 років, хлопчик.

Скарги: Дуже неспокійний. Були клоніко-тонічні судоми, втрата свідомості.

Анамнез: Протягом останніх 2 днів дитину турбує помірний вологий кашель. Відмовляється від їжі і пиття. Сьогодні стан дитини після ранкового пробудження раптово погіршився. Хлопчик важко дихав, шкірні покриви дуже сильно потемнішали. Негайно був доставлений в приймальне відділення районної дитячої лікарні.

Об'єктивне дослідження. Стан дитини важкий. Періоди рухового збудження з голосним плачем, контакт із дитиною установити вдається. Температура тіла 36.3°C, ЧДР - 80/хв. ЧСС – 130/хв. Шкірні покриви чавунно-сірі, слизуваті синюшні. Подих за участю допоміжних м'язів і втягненням грудини, області прикріплення діафрагми, міжреберних проміжків на вдиху. При аускультатії легень жорсткий характер дихання, добре вислуховується у всіх відділах, визначаються грубі сухі хрипи. При перкусії легень – змін немає. Можна побачити пульсацію грудної клітини в 3-4 міжреберних проміжках ліворуч від грудини. При аускультатії серця тони серця не змінені, вислуховується грубий систолічний шум в області від місця вислуховування клапана легеневої артерії униз по лівому краю грудини до 4 міжреберні проміжки. Пальпаторно почуття вібрації грудної стінки. Печінка і селезінка звичайних розмірів. Набряків немає. Стул і діурез звичайні. Шви черепа закриті. Функція черепно-мозкових нервів нормальна. Менінгеальні симптоми відсутні.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 52

Дитина 1 року, хлопчик.

Скарги. Хлопчик важко дихає. Став неспокійним, його важко покласти на ліжку.

Анамнез. Протягом останніх днів, що пройшли після першого звернення, хлопчика турбував інтенсивний вологий кашель. Відмовлявся від їжі, у зв'язку з чим мати активно давала дитині соки і молоко. Сьогодні стан хворого погіршився. Негайно доставлений батьками в прийомне відділення районної дитячої лікарні.

Об'єктивне дослідження. Стан дитини важкий. Періоди рухового збудження з неголосним плачем, контакт із дитиною встановити вдається.. Температура тіла 37.3°C, ЧДР - 80/хв. ЧСС – 156/хв. Шкірні покриви бліді, слизуваті синюшні. Набряки гомілок і мошонки. Шийні вени розширені, пульсують. Дихання за участю допоміжних м'язів. Видно западіння грудини, місця прикріплення діафрагми, міжреберних проміжків на вдиху. При аускультатії легень жорсткий подих є ослаблений у всіх відділах, визначаються дзвінкі крепітуючі хрипи над усією поверхнею легень. При перкусії з двох сторін у нижніх відділах і міжлопаточній області укорочення легеневого звуку. Видно серцевий поштовх у 3-4 міжреберних проміжках ліворуч від грудини, верхівковий поштовх зміщений вліво. При аускультатії серця тони серця звичайні, вислуховується грубий систолічний шум з максимальною інтенсивністю в 4 міжреберному проміжку вліво від краю грудини. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 6 см, край її закруглений, пальпація для дитини чутлива, селезінка звичайних розмірів.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 53

Дитина 3 років, дівчинка.

Скарги: задишка, занепокоєння, дитину важко покласти в постіль.

Анамнез. Протягом останніх днів, що пройшли після першого звернення, дівчинку турбував інтенсивний вологий кашель. Відмовлялася від їжі, у зв'язку з чим мати активно давала дитині соки і молоко. Сьогодні стан дитини погіршився. Негайно доставлена батьками в прийомне відділення районної дитячої лікарні.

Об'єктивне дослідження. Стан дитини важкий. Періоди рухового збудження з голосним плачем, контакт із дитиною встановити вдається.. Температура тіла 38.8°C, ЧДР - 70/хв. ЧСС – 146/хв. Шкірні покриви бліді,

слизисті синюшні. набряк гомілок. Дихає із втягненням міжреберних проміжків на вдиху. При аускультативній легень жорсткий характер дихання, який ослаблений у всіх відділах, визначаються дзвінкі крепітуючі хрипи в нижніх відділах легень. При перкусії із двох сторін у нижніх відділах і міжлопаточній області укорочення легеневого звуку. Спостерігається пульсація розширених шийних вен. Серцевий поштовх розташований у 3-4 міжреберних проміжках ліворуч від грудини, верхівковий поштовх як і раніше зміщений уліво. При аускультативній серця вислуховується грубий систоло-діастолічний «машинний» шум і над ним визначається вібрація грудної клітини. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, край її закруглений, пальпація для дитини чутлива, селезінка звичайних розмірів.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 54

Дитина 6 міс.

Скарги: на задишку з утрудненим видихом, сухий кашель, занепокоєння, відмовлення від їжі.

Анамнез хвороби: занедужала 3 дні тому, коли з'явилася нежить, сухий кашель і підвищилася температура тіла до 37,8°C. Напередодні, за тиждень до початку захворювання дитини, старший брат хворів ГРВІ. Через прогресуюче погіршення стану дитини (поява задишки з утрудненим видихом, синюшності, занепокоєння), батьки викликали швидку допомогу, що доставила дитину в лікарню.

Об'єктивно: стан важкий, дитина неспокійна, виражені експіраторна задишка, крила носа напружені, вібрують. Шкірні покриви і видимі слизуваті бліді, синюшні. Грудна клітина роздута, бочкоподібної форми, над легеньми коробковий перкуторний звук, аускультативно – дихання ослаблено, хрипи не вислуховуються. Частота дихання 80 у хв., частота серцевих скорочень – 200 у хв., пульс нитковидний. Тони серця глухі, тахікардія. Живіт м'який. Печінка на 2,5 см, селезінка на 1,5 см нижче реберної дуги. На рентгенограмі визначені типові ознаки емфіземи з підвищеною прозорістю легень і опущенням купола діафрагми, а також невеликі ділянки субателектазів і перибронхіальної інфільтрації.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 55

Хлопчик, 1 року 2 місяців.

Скарги: висипання на обличчі, тулубі, сверблячка, набряк обличчя, кон'юнктивіт. Анамнез хвороби: Сип з'явилася кілька годин тому. Вчора мати почала давати дитині вітамін С и препарат заліза (назви не пам'ятає) у зв'язку з виявленою анемією.

Об'єктивно: Т – 37,2°C, ЧД-30/хв, ЧСС – 126/хв. Стан середньої тяжкості. Дитина неспокійна. На шкірі обличчя, тулуба, кінцівок еритема і сверблячі уртикарні елементи різної форми і розмірів. Набряклість губ і повік, кон'юнктивіт. У легенях везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум над легеневою артерією. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка виступає на 2,5см з-під реберного краю. Селезінка не пальпується. Сеча і стул звичайного кольору.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 56

Дитина 1 рік 9 міс.

Скарги: на часте шумне дихання, синюшність, різке занепокоєння.

Анамнез хвороби: дитина занедужала гостро два дні тому, коли з'явилася нежить, кашель, підвищилася температура тіла до 38,3°C, знизився апетит. Мати за медичною допомогою не зверталася. На наступну добу температура тіла підвищилася до 39°C, кашель став грубим, гавкаючим, голос сиплим. Уночі стан дитини погіршився – з'явилося часте шумне дихання, синюшність, різке занепокоєння. Машиною швидкої допомоги дитина доставлена до лікарні.

Об'єктивно: стан важкий, свідомість порушена – сопор. Зіниці розширені, менінгеальних симптомів немає. Дитина правильної статури, підвищеного харчування. Шкірні покриви бліді, ціанотичні, холодний липкий піт. Виражений ціаноз губ, носогубного трикутника і піднігтьових лож. Температура тіла 36°C. Подих «риб'ячий». Границі серця розширені, тони глухі, брадикардія. Пульс 64 у хв., нестабільний. Живіт м'який, печінка на 3см, а селезінка на 1,5см нижче реберної дуги.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 57

Дитина 1 рік 8 місяців.

Скарги: нав'язливий дуже частий, малопродуктивний кашель, дистанційні хрипи, задишка, підвищення температури до 37,3 °С, млявість, відсутність апетиту.

Анамнез хвороби: захворів гостро три доби назад - підвищилася температура, відмовився від їжі, з'явилися серозні виділення з носу, розпочався сухий кашель, що став частим, з'явилися свистячі хрипи, стало частим дихання. До лікаря не зверталися. Лікувалися відварами трав, проводили теплові процедури.

Анамнез життя: Дитина від вагітності, що протікала з загрозою переривання у другому триместрі. На першому році життя були прояви харчової алергії – сип на шкірі після введення коров'ячого молока. Часто хворіє на ГРВІ, у 10 місяців, 1 рік 3 місяця переніс ГРВІ, обструктивний бронхіт.

У батька – atopічний дерматит.

Об'єктивно: Стан важкий. На огляд реагує адекватно, млявий. Фізичний розвиток відповідає віку. Шкіра, слизові оболонки сухі, бліді. ЧД – 45 за хв., ЧСС – 100 за хв. Дихання часте поверхневе. Дистанційні хрипи, експіраторна задишка, ціаноз носогубного трикутника у спокої, акроціаноз. Грудна клітина роздута. Перкуторно: коробковий звук над усією поверхнею легень. Аускультативно: дихання послаблене, розсіяні сухі, свистячі хрипи з обох сторін у верхніх відділах легень. Тони серця глухі.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

Задача 58

Дитина 2 роки 3 місяці.

Скарги: грубий (гавкаючий), сухий, частий кашель, шумне дихання у спокої, осиплий голос, збудження, підвищення температури до 37,3 °С, зниження апетиту.

Анамнез хвороби: захворів чотири доби тому, коли з'явилися катаральні прояви, підвищення температури до 38,9 °С після контакту з хворим на ГРВІ. Добу тому дитина почала сухо кашляти, голос став хриплим, вночі у сні дихання часте, шумне, гавкаючий кашель.

Анамнез життя: дитина від першої вагітності, фізіологічних пологів в строк. На першому році життя прояви харчової алергії на коров'яче молоко, томати, морквяний сік у вигляді локалізованого сипу. На ГРВІ хворіє 4-5

разів на рік, двічі на цьому фоні набряк гортані. На диспансерному обліку в алерголога. У сибса – бронхіальна астма.

Об’єктивно: Стан важкий. Збуджений, але швидко втомлюється, стає млявим, на огляд реагує байдуже. Фізичний розвиток відповідає віку. Шкіра бліда, слизові оболонки бліді з синюшністю, сухі. ЧД – 36 за хв., ЧСС – 140 за хв. Дихання через ніс утруднене, слизова оболонка задньої стінки глотки гіперемована. Гавкаючий кашель, тихий сиплий голос. Інспіраторний стридор, ціаноз носогубного трикутника у спокої. Втягування поступливих місць грудної клітини. Перкуторно: легеневий звук с коробковим відтінком над усією поверхнею легень. Аускультативно: дихання жорстке, проводові хрипи. Тони серця приглушені.

Питання

1. Встановіть попередній діагноз.

ЗАДАЧІ З ВИЗНАЧЕННЯ ТАКТИКИ І НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Задача 1

Хвора 3 роки

Анамнез хвороби: хворіє на спадкову анемію, після ангіни з'явилися підвищення температури тіла до 38,9°C, адинамія, різка блідість шкіри та слизових оболонок, задишка, тахікардія, нудота, блювота.

Об'єктивно: стан важкий, T тіла 38,9 C, насичено-жовтий відтінок шкіри, іктеричність склер, лімфовузли не збільшені. Дихання над легеньми жорстке, хрипів немає, ЧД – 32 у хв. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС – 120 уд. у хв. Живіт м'який, помірно болючий у правому підребер'ї, позитивний симптом Ортнера. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2,5 см, край гладкий, помірно болючий. Відзначається збільшення селезінки на 3 см.

Аналіз крові: ер. – $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 85г/л, КП – 0,95 ретикул. - 15%, лейкоцити - $11,5 \times 10^9/л$, (еоз. - 4%, палич. – 12%, сегм. - 34%, лімф. - 40%, мон. - 10%), тромбоцити – $180 \times 10^9/л$. Еритроцити в мазку з малою поверхнею, зменшений їх середній діаметр, товщина, осмотична стійкість. Білірубін загальний – 65 мкмоль/л, непрямий – 45 мкмоль/л. У сечі позитивна реакція на жовчні пігменти.

Питання:

1. Сформулюйте основні принципи невідкладної терапії даного хворого.

Задача 2

Хворий С., 9 років

Скарги: нанабряклісті болючість правого колінного суглоба.

У віці 6 місяців встановлено коагулопатію, часто отримувач стаціонарне лікування з приводу кровотечі з ясен при прорізуванні зубів, міжм'язових гематом і гемартрозів при незначних забиттях. Під час гри на вулиці впав.

Об'єктивно: стан середньої важкості, блідість шкірних покривів. Правий колінний суглоб збільшений у обемі, шкіра над ним гаряча, гіперемована, положення кінцівки флексорне, пальпація суглоба болюча, визначається флюктуація. В області лівого коліного суглоба визначається подряпина, яка кровоточить протягом 3 годин.

Лабораторні показники:

Коагулограма: час згортання – 15 хв, рівень VIII фактора – 3 %, коагін-кефалиновий час – 50 с, протромбіновий індекс - 0,85, фібриноген А - 3,2 г/л, тромбіновий час – 20 с.

Питання:

1. Надайте невідкладну допомогу

Задача 3

Дитина П., 1 рік 8 міс.

Скарги: мама звернулась зі скаргами на періодичне посмикування підборіддя у дитини, яке посилюється під час неспокою, посмикування окремих груп м'язів, здригання під час сну, іноді короткочасні судоми.

Анамнез життя: дитина від 1 вагітності. Народився в терміні гестації 35 тижнів. Матері 26 років, протягом 2 років лікувалася щодо порушення оваріально-менструального циклу і ендометріозу. Батьку 29 років, здоровий. Характер трудової діяльності батьків не зв'язаний із професійними шкідливостями.

Об'єктивно: Дитина низькоросла, відстає в психо-моторному розвитку. Виражене схуднення. Підшкірна основа стоншена на животі, тулубі, кінцівках. Шкіра блідо-сірого кольору, суха, лупиться. У ліктьових і підколінних ямках спостерігається ліхенізація і екскоріація шкіри. Тургор тканин знижений, еластичність шкіри значно знижена. Волосся тьмяні, рідкі. Під час огляду виникло тонічне скорочення м'язів стіп і кистей. Кисті при цьому максимально зігнуті, великий палець приведений до долоні, у п'ястно-фалангових суглобах пальці зігнуті під прямим кутом, у міжфалангових розігнуті. Стопи в стані різкого плантарного згинання. Слідом за спазмом виникли розповсюджені клонічні судоми. Тривалість приступу 2 хвилини.

Питання:

1. Що необхідно ввести для купірування нападу судом при даному стані?
2. Які ускладнення можуть виникнути під час приступу загальних тонічних судом?

Задача 4

Хворий З., 7 років

Анамнез хвороби: протягом 1 тижня отримує терапію з приводу тромбоцитопенії, яка виникла після проведення профілактичного щеплення. Раптово з'явилися головний біль, запаморочення, блювота "кавовою гущавиною", біль в животі.

Об'єктивно: стан важкий, свідомість не порушена, Т тіла 37,5 С. На шкірі кінцівок, передньої поверхні тулуба, обличчі численні поліхромні та поліморфні петехіально-екхімозні висипи, несиметрично розташовані. Відзначаються кровотечі з ясен, лімфоузли не збільшені. Дихання над легеньми везикулярне, ЧД – 22 у хв., тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС - 98 уд. у хв. Живіт м'який, болючий у епігастрії та мезогастрії, симптоми подразнення черевини позитивні. Печінка +1,0 см, край гладкий, селезінка +1,5 см. Сечовипускання занепокоєння не викликає. У калі домішок крові.

Аналіз крові: ер. - $2,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 100 г/л, ЦП - 0,9, лейкоцити - $10,8 \times 10^9/л$ (еозин. - 5%, нейтр. - 60%, лімф. 30%, мон. - 5%), тромбоцити - $14 \times 10^9/л$. ШОЕ – 25 мм/год. Тривалість кровотечі по Дюке 10,5 хв. Час згортання по Лі-Уайту 5 хв.

Питання:

1. Перелічіть заходи щодо надання невідкладної допомоги даному хворому.

Задача 5

Скарги: на пригніченість дитини, мляве смоктання

Анамнез: Дитина чоловічої статі народилася від 1 вагітності при терміні гестації 32 тижня з масою 1560 г, довжиною 40 см, з оцінкою за шкалою Сильверман 3-4 бали.

Об'єктивно: Через 3 години після народження стан дитини різко погіршився: з'явився генералізований ціаноз шкіри, стогнуче дихання, піна у рота, задишка до 90 за хвилину з періодами апное, ригідність грудної клітки, роздування крил носа, втягнення міжреберних проміжків, западання мечовидного відростка, ритмічні похитування голови на вдиху. При аускультатії тони серця приглушені, на фоні послабленого дихання вислуховуються розсіяні дрібно пухирчасті не звучні хрипи.

Рентгенографія органів грудної клітки: «розмита» рентгенограма легенів з «метеликоподібним» затемненням в прикореневих зонах

Лабораторні дані: аналіз периферичної крові: Ер.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв-120 г/л, КП - 1,0, лейк.- $9 \times 10^9/л$, б-0%, э-1%, п-10%, с-48%, л-35%, м-6%, ШОЕ - 8 мм/год.

Питання:

1. Призначте невідкладну терапію

Задача 6

Дитина Н., 5-ти років

Скарги: дитина у без свідомому стані.

Анамнез хвороби: Встановлено, що через 2 тижні після перенесеній ГРВІ у дитини спостерігалися явища поліурії, полідипсії, схуднення, періодично - біль у животі, печія, блювання, головний біль. На фоні наростання вказаних симптомів поглиблювалася загальмованість, дихання набувало глибокого та шумного характеру, з'явився запах, що нагадує "мочені яблука". У бабусі цукровий діабет I типу.

Лікувальний заклад із відділенням дитячої реанімації знаходиться на відстані, що потребує 40 хв. транспортування.

Об'єктивно: стан важкий, дитина без свідомості. З рота запах ацетону. Шкіра і слизові оболонки сухі, бліді. Рум'янець на щоках. Губи сухі, червоного кольору. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Гіпотонія. Тонус очних яблук знижений. Дихання Кусмауля. Тони серця глухі, тахікардія до 130 у хвилину. АТ 70/40 мм рт. ст. Живіт напружений. Печінка щільна, пальпується на 4 см нижче краю реберної дуги.

Питання:

1. Яку невідкладну терапію необхідно провести?
2. Яка тактика лікаря швидкої допомоги.

Задача 7

Скарги: Жовтяничне забарвлення шкіри.

Анамнез: Дитині 20 днів. Народився від матері, страждаючої на пієлонефрит. Під час вагітності було загострення пієлонефриту. Пологи в терміні 38 тижнів.

Об'єктивно: Маса при народженні 2500,0. Оцінка по шкалі Апгар - 7 балів. У матері на 8 день після пологів - гнійний мастит. У дитини з 3 дня з'явилася жовтяниця. Протягом тижня спостерігалися серозно-гнійні виділення з пупкової ранки. На 8 день у верхній половині живота відзначається розширена венозна сітка. У вазі за 20 днів дитина додала 100 г. Смокче мляво, періодично зригує. Задишка до 65 за хвилину. Печінка +5 см, ущільнена. Випорожнення 7 разів на добу, рідкі, зеленого кольору.

Лабораторні дані: гемограма: ер.- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв-100 г/л, КП - 1,0, тромбоцити - $150 \times 10^9/л$, лейкоцити - $20 \times 10^9/л$, б-0%, е-1%, ю - 2%, п-15%, с-48%, л-28 %, м-6%, ШОЕ 8 мм/год. Білірубін загальний - 160 мкмоль/л, непрямий - 55 мкмоль/л, АЛАТ - 1,2 ммоль/л, АсАТ - 1,4 ммоль/л.

Питання:

1. Призначте невідкладну терапію

Задача 8

Хворий С., 8 років.

Скарги: на біль в ділянці серця, серцебиття, відчуття жару, запаморочення, слабкість.

Анамнез хвороби: скарги з'явилися 1 місяць тому після перенесеної ГРВІ. Схуд на 3,5 кг, погіршилася успішність у школі, поганий сон. Апетит не порушений. Дитина стала дратівливою, плаксивою.

Об'єктивно: дитина в важкому стані: підвищена пітливість, відчуття жару, субфебрилітет, тремор, хореподібний гіперкінез, червоний стійкий дермографізм, тахікардія, екстрасистоли, екзофтальм, збільшення щитовидної залози до 2 ступеню, почуття страху смерті.

Лабораторні дані: загальний аналіз крові: Нв – 141 г/л, ер. - $4,24 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоц. – 291 г/л, ШОЕ – 7 мм/год. Рівень тироксину – 250 нмоль/л (N – 72 – 150 нмоль/л), холестерин – 2 ммоль/л, залишковий азот – 50 ммоль/л.

Питання:

1. Яку невідкладну терапію необхідно провести

Задача 9

Хворий С., 15 років.

Скарги: дитина у без свідомому стані

Анамнез хвороби: протягом 10 років хворіє на цукровий діабет I типу. Одержує інсулінотерапію. Встановлено, що після вживання алкогольних напоїв в компанії однолітків у нього розвинулась різка слабкість, блідість, втрата свідомості.

Об'єктивно: свідомість відсутня, шкіра бліда, «мармурова», кінцівки ціанотичні, холодні, різко збільшене потовиділення. Періодично - судомні посмикування, дихання поверхневе, часте; тахікардія, пульс ниткоподібний; з рота - запах алкоголю.

Питання:

Яку невідкладну терапію необхідно провести?

Задача 10

Скарги: інтенсивне жовтяничне забарвлення шкіри.

Анамнез: Дитина від 3 вагітності, 3 пологів. Пологи в строк.

Об'єктивно: Дитина народилася з масою тіла 3200,0. Навколоплідні води жовті, жовтушне забарвлення пуповини. Шкірні покриви субіктеричні, набряків немає. Рефлекси періоду новонародженості та тонус м'язів знижені.

Лабораторні дані: Кров матері А (II) групи резус-негативна, дитини - В (III) резус-позитивна. Нв пуповинної крові 166 г/л. В пуповинній крові непрямий білірубін 86,5 мкмоль/л, на 4 години білірубін - 144,9 мкмоль/л, реакція непряма.

Питання:

1. Призначте невідкладну терапію

Задача 11

Хвора С., 15 років.

Скарги: дитина без свідомості.

Анамнез хвороби: Страждає на цукровий діабет 1 типу. Три дні тому захворіла гострою респіраторною інфекцією. Дозу інсуліна зменшила, в результаті чого посилилися поліурія, спрага, з'явилися слабкість, анорексія, нудота, блювота, біль в животі.

Об'єктивно: Дитина в непритомному стані. Різка дегідратація. Дихання часте, поверхнєве. Запаху ацетону у повітрі немає. Виражена неврологічна симптоматика: гіпертонус м'язів, ністагм, менінгеальні знаки.

Лабораторні дані: Глюкоза крові – 45 ммоль/л, рівень кетонових тіл в крові в нормі; кетонурії немає; осмолярність крові – 390 мосм/л.

Питання:

1. Яку невідкладну терапію необхідно провести?
2. З якого розрахунку Ви призначите початкову дозу інсуліну?

Задача 12

Скарги: Ціаноз шкіри, відсутність самостійного дихання.

Анамнез: Дитина Д., матері 35 років. Вагітність п'ята. Дана вагітність протікала з токсикозом в 1 і 2 половині. В пологах була виявлена аномалія вставляння головки. В пологах був застосований вакуум-екстрактор. Маса тіла при народженні 4000 гр., довжина 54 см.

Об'єктивно: загальний станвкрай важкий. Шкіра ціанотична, м'язовий тонус різко знижений, рефлекторна збудливість практично відсутня. Дихання нерівномірне. Судомна готовність. Проводилося апаратне дихання протягом 5 хв., і інші заходи реанімації .

Питання:

1. Визначте важкість стану і місце терапії
2. Призначте невідкладну терапію

Задача 13

Дівчинка 16 років

Скарги: на слабкість, підвищену стомлюваність, поганий апетит, нудоту, головокружіння

Анамнез хвороби: страждає на системний червоний вовчак. Захворювання характеризується важким люпус-нефритом. Добова доза преднізолону - 60 мг. Дівчина самостійно відмовилася від прийому кортикостероїдів. Через 5 діб стан хворої значно погіршився: посилилася загальна слабкість, з'явилися масивні набряки, нудота, блювання.

Об'єктивно: стан хворої важкий. Дівчинка адинамічна. Невгамовне блювання, запах аміаку із рота. Тургор тканин знижений, шкіра бліда з землистим відтінком, набряки обличчя та нижніх кінцівок. Дихання поверхневе, тахіпное. Тони серця приглушені, брадикардія. Пульс ниткоподібний. АТ 50/20 мм рт.ст. Олігурія.

Лабораторні дані: Загальний аналіз крові: еритроцити $2,5 \times 10^{12}/л$, Нв 70 г/л, ц.п. – 0,9 лейкоцити $14,0 \times 10^9/л$, ШОЕ – 54 мм/год. Загальний аналіз сечі: білок – 1,65 г/л, еритроцити – 10-15 в п/зору, гіалінові циліндри. Рівень креатиніну крові - 1,2 ммоль/л, сечовини крові - 65,2 ммоль/л, калію - 7,1 ммоль/л.

Питання:

1. Яка тактика лікаря в даному випадку? Від чого залежить прогноз стану дитини?
2. Сформулюйте принципи невідкладної терапії.

Задача 14

Хворий З., 4 міс.

Скарги: петехіальні висипання і екхімози на шкірі тулуба, кінцівок, носова кровотеча, яка не зупиняється на протязі 30 хв., відмовлення від їжі.

Анамнез життя: від доношеної вагітності. Батьки здорові, у двоюрідного брата по материнській лінії відзначалися схожі симптоми, дитина вмерла від сепсису у віці 1,5 мес. Алергічна реакція на коров'яче молоко, яйце, у виді гіперемії і мокнуття на шкірі обличчя, тулуба. З перших

тижнів життя реєструються петехії, у 1,5 місячному віці переніс бронхіоліт, у 3 міс. – гнійний отит.

Об'єктивно: Т тіла 37,5°C, ЧСС – 125 уд.у хв., ЧД – 36 у хв., стан важкий, гіпотрофія 2 ст., на шкірі тулуба та кінцівок поліхромні петехії і екхімози, на щоках – гіперемія і мокнуття. Слизові чисті, рожеві. Лімфовузли пальпуються у всіх групах, діаметром 0,5-0,7 см, еластичні, безболісні. У легенях аускультативно пuerильне дихання. Тони серця ритмічні, приглушені, прискорені, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, безболісний, печінка +2,0 см, край гладкий, селезінка + 1,0 см. Стул 3 рази на добу, кал неоформлений, із прожилками слизу. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

Загальний аналіз крові: ер. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 94 г/л, ЦП - 0,85, лейкоц. - $8,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/г, тромб. - $60 \times 10^9/л$, е – 8%, п – 10%, с – 62%, л – 15%, м – 5%.

Діаметр тромбоцитів при мікроскопії менш 2 мкм, відсутність альфа-гранул. Час згортання 6 хв, тривалість кровотечі 5 хв.

Питання

1. Встановіть діагноз хворому.
2. Назвіть принципи терапії даного хворого.

Задача 15

Скарги: млявість, порушення дихання.

Анамнез: Дитина від молодих здорових батьків, 1 вагітності протікаючої з токсикозом в 1 половині. Тривалість 1 періоду пологів - 7 годин. 40 хв., 2 періоду - 20 хв.

Об'єктивно: Маса при народженні 2300 г, довжина 43 см. ЧД 60 за хв. Оцінка по шкалі Сильверман – 4-5 балів. В перші добу давав часті напади ціанозу, асфіксії, був дуже млявим, швидко охолоджувався, при диханні западає грудина. З 3-го дня в легенях з'явилися вологі дрібно пухирчасті хрипи, жовтяниця. На 10 день життя число дихань 55 за хвилину, 3 - 4 апное за хв., розлитий ціаноз, при диханні западає грудина, бере участь допоміжна мускулатура. Дихання ослаблене, вислуховуються дрібнопухирчасті вологі хрипи. Паравертебрально - укорочення перкуторного звуку.

Лабораторні дані: Ан. крові: Ер- $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв-130 г/л, КП- 1,5, Лейк. $20 \times 10^9/л$; е-4%, п-4%, с-36%, л-40%, м-16%, ШОЕ - 28 мм/год.

Питання:

1. Визначте місце терапії

2. Призначте невідкладну терапію

Задача 16

Хворий З., 15 років

Скарги: сильні болі в животі переймоподібного характеру без чіткої локалізації, кривава блювота.

Анамнез хвороби: отримує лікування з приводу вазопатії, яка виникла після профілактичного щеплення.

Об'єктивно: Т тіла 37,7 0С, стан важкий, дитина неспокійна. На шкірі сідниць, нижніх кінцівок, живота, спини поліхромні петехії. Слизові чисті, бліді. Лімфоузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, ЧД – 24 у хв., тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, ЧСС 100 уд.у хв. Живіт напружений, болісний над всією поверхнею, симптоми подразнення черевини позитивні. Печінка і селезінка не збільшені. Стул 2 рази на добу, мілена.

Лабораторні показники:

-загальний аналіз крові: ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 105г/л, ЦП - 0,85, лейк. - $9,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 48 мм/г, тромб. - $180 \times 10^9/л$, е - 10%, п - 14%, с - 52%, л - 19%, м - 5%.

-час згортання 2,5 хв, час рекальцифікації плазми 60с, зменшення гепаринового часу, підвищення толерантності плазми до гепарину.

Питання

1. Назвіть принципи терапії хворого.
2. Складіть план диспансерного спостереження за хворим після виписки зі стаціонару.

Задача 17

Хворий З., 12 років

Скарги: підвищення температури тіла до 37,9⁰ С, сильні болі в животі переймоподібного характеру без чіткої локалізації, кривава блювота.

Анамнез хвороби: початок захворювання батьки пов'язують з проведенням профілактичного щеплення, після чого підвищилася температура тіла, з'явилися петехіальні висипання, симетрично розташовані, на шкірі розгинаючих поверхонь кінцівок, сідницях

Об'єктивно: Т тіла 37,9⁰С, ЧСС – 110 уд. у хв., ЧДД – 28 у хв., стан важкий, дитина неспокійна, на шкірі сідниць, нижніх кінцівок поліхромні петехії. Слизові чисті, рожеві. Пастозність обличчя, набряки на передній

поверхні гомілок. Пальпуються підщелепні, заднешійні лімфовузли діаметром 0,8-0,7 см, еластичні, безболісні. У легенях везикулярне дихання, тони серця прискоренні, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, напружений, болісний над всією поверхнею, симптоми подразнення черевини позитивні. Стул 3 рази на добу, мелена. Сечовипускання рідке, малими об'ємами, почервоніння сечі.

Лабораторні показники:

загальний аналіз крові: ер. - $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 95 г/л, ЦП - 0,85, лейк. - $9,8 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 38 мм/г, тромб. - $180 \times 10^9/\text{л}$, е - 8%, п - 16%, с - 56%, л - 15%, м - 5%.

загальний аналіз сечі: 50 мл, колір м'ясних помиїв, мутна, РН-луж., питома вага - 1035, лейк. 20-35 в полі зору, еритроцити на все поле зору, циліндри гіалінові, зернисті, слиз.

час згортання 2 хв., час рекальцифікації плазми 60с, зменшення гепарінового часу, підвищення толерантності плазми до гепаріну.

Питання

1. Назвіть принципи терапії даного хворого.
2. Складіть план диспансерного спостереження за хворим після виписки зі стаціонару.

Задача 18

Хлопчик, 14 років

Скарги: на головний біль, задишку, біль в області серця, живота, попереку, різке зниження зору.

Анамнез хвороби: дані скарги з'явилися протягом останніх 6 місяців. За цей час спостерігалось 4 приступи підвищення артеріального тиску. АТ знижується самостійно. Зниження АТ супроводжується брадикардією, пітливістю, нудотою, блюванням, поліурією.

Об'єктивно: стан хворого важкий, нервово-емоційне збудження, відзначається тремтіння рук, шкіра бліда, волога, акроціаноз. АТ– 180/120 мм рт. ст. Після введення гіпотензивних препаратів артеріальний тиск не знизився.

Питання:

1. Призначте невідкладну допомогу.
2. Яка група препаратів патогенетично обумовлена для використання в даній ситуації?

Задача 19

Скарги: виражений неспокій, відмова від грудей матері, наявність ущільнення між лопатками, підвищення температури тіла до 39,1⁰С.

Анамнез: Дитина народилася від молодих батьків. Вагітність протікала з токсикозом. Маса при народженні 3600 р. Оцінка по шкалі Апгар - 6 балів, через 5 мін. - 8 балів. Прикладений до грудей на 2 доби. Груди узяв добре, смоктав активно. На 12-у добу життя з'явилося ущільнення між лопатками розмірами 5 x 5 см з чіткими краями.

Об'єктивно: Стан дитини тяжкий, обумовлений симптомами інтоксикації. Між лопатками палькується утворення, розмірами 7 x 8 см. За декілька годин пляма значно збільшилась у розмірах та набула синюшно-червоний відтінок.

Лабораторні дані: ан крові: Ер-4,4 x 10¹²/л, Нв-130 г/л, КП - 1,5, Лейк. 20 x 10⁹/л; е-4% , п-4%, с-36%, л-40%, м-16%, ШОЕ - 28 мм/час.

Питання:

1. Куди необхідно госпіталізувати дитину?
2. В чому полягає невідкладна допомога?
3. Визначте прогноз

Задача 20

Хворий З., 9 років

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, блідість шкіри та слизових оболонок, зниження апетиту, рецидивуючі носові та шлунково-кишкові кровотечі, спонтанна поява петехій та екхімозів на шкірі, підвищення температури тіла, задуха..

Анамнез хвороби: отримує лікування з приводу анемії, яка виникла після перенесеного вірусного гепатиту А. Погіршення стану реєструється останні 2 дні.

Об'єктивно: Т⁰ 38,5⁰С, стан важкий, контактний, відказується від їжі, різка блідість шкіри та слизових оболонок, на шкірі кінцівок та тулуба поодинокі петехії та екхімози, гіперпігментація шкіри у аксиллярних ділянках. Лімфовузли не збільшені. У легенях над нижньою долею зліва перкуторно притуплення звуку, аускультативно жорстке дихання та вологі крепітуючі хрипи, ЧДД – 38 у хв. Тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, ЧСС 102 уд.у хв., розширені розміри серця. Живіт ненапружений, безболісний, печінка і селезінка не збільшені. Стул 3 раз на добу, кал неоформлений. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

Загальний аналіз крові: ер. $1,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв 52 г/л, ЦП 0,85, лейкоц. $2,0 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 52 мм/год, тромб. $60 \times 10^9/\text{л}$, е. 1%, п. 17%, с. 18%, л. 39%, м. 25%, ретикулоцити 0%.

Стернальна пункція: тотальне пригнічення всіх ростків кровотворення.

Питання

1. Які невідкладні заходи слід провести хворому.
2. Назвіть принципи гемотерапії у даного хворого .

Задача 21

Хвора З., 7 років

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, зниження апетиту, головний біль, біль у лівому підребер'ї, жовтяниця лимонного відтінку, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, нудота, блювота, тахіпное.

Анамнез хвороби: з 2 років спостерігається у гематолога, вказані скарги турбують 5 днів, після перенесеного психогенного стресу.

Об'єктивно: T^0 $39,0^0\text{C}$, стан важкий, контактний, адинамічний, блідість слизових оболонок, жовтушність шкіри. Множинні стигми дисембріогенезу: «готичне піднебіння», прогнатизм, гетерохромія радужки, синдактилія 2-3 пальців на стопах. Лімфовузли не збільшені. У легенях жорстке дихання, ЧДД – 32 в хв. Тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, збільшення розмірів відносної серцевої тупості, ЧСС 100 уд.в хв. Живіт м'який, помірно болісний у лівому підребер'ї. Печінка +2,5 см, край гладкий, селезінка +4,0 см, щільна, гладка, болісна. Стул 3 раз на добу, кал неоформлений. Сечовипускання занепокоєння не викликає.

Лабораторні показники:

загальний аналіз крові: ер. $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв 64 г/л, ЦП 0,7, лейкоц. $4,2 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 40 мм/г, тромб. $140 \times 10^9/\text{л}$, е. 4%, п. 17%, с. 41%, л. 30%, м. 8%, ретикул. 12%, мікросфероцити.

осмотична стійкість еритроцитів мін. 0,6% - макс. 0,3%.

проба Кумбса негативна.

загальний білірубін 54 мкмоль/л, непрямий – 48 мкмоль/л.

Питання

1. Які невідкладні заходи слід провести хворому.
2. Назвіть принципи диспансеризації у даного хворого .

Задача 22

Хвора К., 13 років

Скарги: (за словами матері) в другій половині дня дівчинка різко зблідла і швидко втратила свідомість, з'явилися судоми. Зранку дитина після введення інсуліну відмовилася від сніданку, стала квола, скаржилася на підвищену пітливість, тремор верхніх та нижніх кінцівок.

Анамнез захворювання: Дитина бліда. Обличчя маскоподібне. Реакція на огляд відсутня. Язик вологий. Тризм жувальної мускулатури. Позитивний симптом Бабінського. Дихання поверхневе, часте. Пульс аритмічний, 104 за хвилину.

Питання:

1. В яке відділення слід госпіталізувати дитину?
2. Які невідкладні заходи потрібно провести дитині?

Задача 23

Хворий З., 7 років

Скарги: запаморочення, зниження апетиту, різкий головний біль, петехіальні висипи на слизових оболонках та шкірі, кровотечі після ін'єкцій, зменшення діурезу.

Анамнез хвороби: вказані скарги почали турбувати після початку комплексної цитостатичної терапії з приводу захворювання кровоутворюючої системи.

Об'єктивно: T^0 38,6 $^{\circ}$ C, стан важкий, контактний, блідість слизових оболонок, множинні петехіальні висипи на тулубі та кінцівках, слизових оболонках. Лімфовузли збільшені у всіх групах до 1,0-1,5 см, безболісні, еластичні. Носова кровотеча. У легенях жорстке дихання, ЧДД – 22 в хв., тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, ЧСС 100 уд. в хв. Живіт м'який, помірно болісний у лівому підребер'ї. Печінка +3,5 см, край гладкий, селезінка +3,0 см, щільна, гладка, болісна. Стул 3 раз на добу, мелена. Сечовипускання рідке, малими об'ємами. Позитивні менінгіальні симптоми.

Лабораторні показники:

- загальний аналіз крові: ер. $2,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 55 г/л, ЦП 0,85, лейкоц. 25×10^9 /л, ШОЕ 46 мм/год, тромб. 25×10^9 /л, баластні клітини 60%, е. 1%, п. 2%, с. 20%, л. 17%, ретикулоцити 0%.

- в мієлограмі – бластні клітини 65 %, пригнічення усіх ростків кровотворення.

- гіперурікемія, азотемія, підвищення у сироватці активності ЛДГ.

Питання

1. Які невідкладні заходи слід провести хворому?

Задача 24

Скарги: млявість, схильність до закрепів

Анамнез: Дитина чоловічої статі народилася від 1 вагітності при терміні гестації 32 тижня з масою 1560г, завдовжки 40 см, з оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів, за шкалою Сільверман 3 бали.

Об'єктивно: Пупкове кільце розташовано низько, вушні раковини м'які, "лануго" на тулубі і кінцівках, яєчка у мошонці відсутні. Через 2 години після народження стан дитини різко погіршився: з'явився генералізований ціаноз шкіри, стогнуче дихання, піна у рота, задишка до 90 за хвилину з періодами апное, ригідність грудної клітки, роздування крил носа, втягнення міжреберних проміжків, западання мечовидного відростка, ритмічні похитування голови на вдиху, чергування тимпанита з ділянками укорочення легеневого звуку, на фоні ослабленого дихання - розсіяні дрібно пухирчасті незвучні хрипи, бронхофонія.

Лабораторні дані: гемограма: Ер.- $5,0 \times 10^{12}$ /л, Нв-180 г/л, КП - 1,0, лейк.- 9×10^9 /л, б-0%, е-1%, п-15%, с-48%, л-30%, м-6%, ШОЕ - 8 мм/год..

Питання

1. Який стан розвинувся у дитини?
2. Невідкладна допомога

Задача 25

Хворий З., 10 років.

Скарги: біль у правій половині живота, нудота, блювота, знижений апетит.

Анамнез хвороби: з 6 місячного віку реєструється відставання у фізичному та психічному розвитку, знижений апетит, блідість, кволість, збільшення розмірів живота. У 3 роки діагностована гемоглобінопатія, проведена спленектомія, часті гемотрансфузії.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, що перебігала із загрозою переривання; фізіологічні пологи. Алергоанамнез та спадковість не обтяжені. Дитина народилась та мешкає у Львіві.

Об'єктивно: T^0 37,5⁰С, ЧСС 74 уд.в хв., ЧДД – 23 в хв., АД 90/460 мм.рт.ст, стан важкий, шкіра жовтушного кольору, відстає в масі та рості від норми, ретрогнатія, деформація лобної кістки. Слизові оболонки бліді,

гінгівіт. Пальпуються лімфовузли у всіх групах до 1,5-1,0 см, безболісні, еластичні. У легенях везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, систолічний шум на верхівці, ліва границі розширена на 1,5 см. Живіт напружений, болісний у правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера. Печінка +2,5 см, край гладкий, болючий. Селезінка не пальпується. Стул 1 раз на добу, кал оформлений, ахолічний.

Лабораторні показники:

- загальний аналіз крові: ер. $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв 60 г/л, ЦП 0,7, лейкоц. $10,8 \times 10^9/л$, ШОЕ 38 мм/г, тромб. $120 \times 10^9/л$, е 8%, п 16%, с 40%, л 30%, м 6%, мікроцитоз, пойкилоцитоз.

підвищення вмісту НвА2 и НвF, УЗД гепатобіліарної системи – дифузне потовщення стінок жовчного міхура, негомогенний вміст в просвіті.

Питання

1. Який препарат слід було призначити хворому для попередження розвитку цих змін у внутрішніх органах, випишіть його.
2. Які невідкладні заходи слід провести хворому.

Задача 26

Хворий Х., 15 років

Доставлений в дитячу лікарню в тяжкому стані у супроводі матері.

Скарги матері на слабкість, пітливість, не зрозумілу мову, втрату свідомості.

Анамнез захворювання: хворіє цукровим діабетом сьомий рік. Зранку о 8:00 отримав ін'єкції інсуліну, але відмовився їсти. Стан погіршився гостро о 9:00. З'явилися вказані вище скарги. Мати дала випити солодкий чай, стан не покращав. Потім дитина втратила свідомість і мати ввела 10 Од інсуліну короткої дії.

Об'єктивно: загальний стан дитини тяжкий. Хлопчик практично не реагує на огляд. Анізокорія. Язик вологий. Шкіра волога на дотик. Виражені судоми кінцівок та мимічної мускулатури. Артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст. Пульс 96 за хвилину. Тони серця приглушені. Дихання жорстке, одиничні сухі гранти. Живіт м'який. Глюкоза крові - 2,5 ммоль/л.

Питання:

1. На що повинно бути направлено невідкладні дії в стаціонарі, і що вони в себе включають?

Задача 27

Скарги: поява висипки на тулубі й кінцівках, крові у калі.

Анамнез: Дитина народилася від першої вагітності, 1 пологів, з масою 3300 г, зростання 54 см, в терміні 39 тижнів. Вагітність перебігала з гестозом 1 половини, анемією. Мати страждає на епілепсію, у зв'язку з чим під час вагітності продовжувала прийом проти судомних препаратів.

Об'єктивно: На 2 добу життя у дитини відзначалася поява на шкірі тулуба і кінцівок дрібних геморагічних елементів, загальний стан дитини не порушений.

Через добу відзначена поява блювання з домішкою крові, в стільці - домішка крові з малиновим відтінком.

Лабораторні дані: аналіз периферичної крові - ер.- $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв-120 г/л, ЦП - 1,0, лейкоц.- $9 \times 10^9/л$, б-0%, е-1%, п-4% , с-48%, л-41%, м-6%, ШОЕ-8 мм / год.

Питання:

1. Який стан розвинувся у дитини?
2. Яке дослідження калу дозволить підтвердити діагноз?
3. Тактика невідкладної допомоги

Задача 28

Скарги: мляве смоктання, раптове виникнення задишки із ціанозом.

Анамнез: Дитина від другої вагітності, 1 вагітність - мед. аборт, вагітність протікала з гестозом першої половини, анемією, загрозою переривання. Пологи у строк 38-39 тижнів, маса 2650 г, довжина тіла - 43 см.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, під час смоктання - ціаноз носогубного трикутника, періорбітальний ціаноз. При аускультатії вислуховується систолічний шум уздовж лівого краю грудини, другий тон на легеневій артерії ослаблений. На 3 добу життя у дитини на тлі тахікардії розвинувся важкий напад задишки з тотальним ціанозом.

На рентгенограмі ОГК - серце у формі чобітка, легеневий малюнок збіднений.

Питання:

1. Яка подальша тактика у разі частої повторюваності і торпідності до терапії при даному стані?
2. Невідкладна допомога

Задача 29

Дитина А., 3-а доба життя

Скарги матері на млявість дитини, втрату маси тіла, млявість ссання.

Об'єктивно: Стан дитини тяжкий. Під час огляду часте блювання. Прояви дисфункції шлунково-кишкового тракту у вигляді діареї. Шкіра суха з ціанотичним відтінком. Велике тімя'чко 2x1,5 см, запале. Тургор м'яких тканин різко знижений. Рефлекси періоду новонародженості знижені. Дихання пуерильне. Серцева діяльність аритмічна, тахікардія, тони глухі. Живіт м'який. Клітор збільшений у розмірах, неповне зрошення статевих губ, неповне розділення уретри та вагіни.

Питання:

1. В якому відділенні дитина повинна отримувати лікування?
2. Які основні принципи невідкладної терапії?

Задача 30

Хворий Р., 15 років

Скарги матері: у дитини через дві доби після струментомії з приводу дифузного токсичного зобу виникла слабкість, біль у м'язах, а потім з'явилися судоми.

Об'єктивно : стан дитини тяжкий. На обличчі сардонічна посмішка. Руки згорнуті в суглобах. Кисті у формі «руки акушера». Ноги витягнуті, стиснуті між собою, стопа знаходиться в стані різкого підошовного згинання із зігнутими пальцями. Під час огляду дитини спостерігалися блювання, прояви діареї.

Дані дослідження :

ЕКГ – подовження інтервалів Q-T та ST

Вміст у сироватці крові кальцію – 1,8 ммоль/л, неорганічного фосфору – 3,9 ммоль/л.

Питання :

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 31

Дитина 8 років.

Скарги: частий, нав'язливий кашель, що супроводжується дистанційними хрипами, експіраторна задишка протягом 7 днів.

Хлопчик самостійно користувався сальбутамолом. До лікаря не звертались.

Об’єктивно: Доставлений машиною швидкої допомоги. Стан тяжкий. Млявий, адинамічний, положення вимушене, не може спати. Температура тіла - 37,2⁰С, ЧД - 46 на хвилину, ЧСС - 124 на хв., потім – до 70. Дихання часте, поверхнєве, напруження крил носу. Відмічається пероральний, периорбітальний ціаноз, тотальний ціаноз при мінімальному фізичному навантаженні. Грудна клітина здута. Перкуторно: коробковий звук над усією поверхнею грудної клітини. Аускультативно: видих подовжений, жорстке дихання у верхніх відділах, у нижніх відділах легенів дихання практично не проводиться, маса свистячих хрипів у верхніх відділах. Тони серця приглушені, тахікардія змінилася на брадикардію. ПШВ виміряти неможливо

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 32

Хлопчик 7 років, поступив зі скаргами на набряки обличчя, гомілок, зниження діурезу до 100 мл на добу, блювоту, млявість. Анамнез захворювання: 2 тижня тому переніс скарлатину. Стан погіршився за останню добу. Об’єктивно: загальний стан важкий. Виражені набряки обличчя, живота, кінцівок. АТ - 160/95 мм рт. ст. Біохімія крові: калій – 6,0 ммоль/ л, сечовина – 24 ммоль/л, креатинін крові – 350 мкмоль/л.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 33

У хворого 7 років на 5 день від початку вітряної віспи з’явилися головний біль, блювота, хитка хода. На підставі об’єктивних даних (позитивні менінгеальні симптоми, порушення свідомості за типом сопопу, патологічні рефлексии з обох ніг, судоми) діагностовано набряк мозку.

Питання:

1. Яку невідкладну допомогу слід надати хворому?

Задача 34

До інфекційного стаціонару потрапила дитина 4 місяців, у якої впродовж 2 днів відмічається блювота, часті рідкі випорожнення. Дитина в’яла, дихання стогнуче, відмічається сухість шкіри та слизових оболонок,

зниження артеріального тиску. Лікарем діагностовано гостру кишкову інфекцію, ексікоз 3 ступеня.

Питання:

1. Яку невідкладну допомогу слід надати хворому?

Задача 35

Дитині 8 місяців. Проводиться профілактичний огляд педіатра. Має наступні особливості – квадратна форма черепа, розширення нижньої апертури грудної клітини, кіфоз хребта в грудному відділі, потовщення ребер по передній поверхні грудної клітини. Дитина сидить непевнено. Легко нахилиє тулуб до нижніх кінцівок. Капризна, негативна, постійно спітніла. Перед візитом до педіатра сонячним весняним днем тривало гуляла. Під час огляду дитина плакала, зненацька зробила гучний, утруднений вдих, збліднула, з'явився дифузний ціаноз, дитина знепритомніла. Дихання не вислуховувалося. З'явилися тонічні згинання кінцівок.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 36

У стаціонар доставлено дитину віком 8 міс, у якої відмічалися ларингоспазм, різка блідість шкіри, ціаноз носо-губного трикутника, рухливий неспокій. У дитини є прояви рахіту II ст., підгострого перебігу. Рівень кальцію крові 2,1 ммоль/л, співвідношення Са:Р=1,9.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 37

Дівчинка 4 років. Скарги на підвищення температури тіла до 39,6 С протягом 5 годин, кволість, озноб, ефекту від прийому парацетамолу немає. Відмічається головний біль, біль у животі, часті сечовиділення. Бліда, шкіра мармурова, кінцівки холодні. При перкусії - легеневий звук, аускультативно - везикулярне дихання. Частота дихання - 35 за хв. ЧСС - 150 уд./хв. Межі серця: права - на 0,5 см ззовні від правої стернальної лінії, верхня – 3 ребро, ліва – на 0,5 см ззовні від лівої середньо-ключичної лінії. Живіт при пальпації безболісний. Печінка нижче краю правої реберної дуги не виступає.

Нирки не пальпуються. набряків немає. Синдром Пастернацького позитивний. Сеча мутна.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 38

У відділення доставлено дитину 4 років з явищами ГРВІ (рінофарингіт); дитина збуджена, неспокійна, тремор кінцівок, тахікардія, шкіра бліда, температура тіла - 39,5°C, співвідношення між шкірною та ректальною температурою не порушено. АТ 95/70 мм рт.ст.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги

Задача 39

У 8-місячної дитини в малюковому відділенні на тлі ГРВІ температура тіла підвищилась до 39,8° С з розвитком тоніко-клонічних судом.

Об'єктивно: свідомість сплутана, шкіра бліда, мармурова, акроціаноз, генералізовані тоніко-клонічні судоми, АТ – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 148 пошт./ хв., тони серця глухі. ЧДД – 60 за 1 хв., дихання в легенях жорстке.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 40

Дитину 10-ти років, яка тонула, доставили на берег через 3 хвилини після утоплення. Пульс на периферійних артеріях не визначається. Зіниці помірно розширені, слабко реагують на світло. Шкірні покриви бліді, з ціанотичним відтінком. У порожнині рота – пісок, мул. Дихання різко пригноблене.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 41

Дитина 10 років, госпіталізована у приймальне відділення зі скаргами на набряк обличчя, утруднення дихання, появу висипки плямисто-папульозного характеру. При огляді - різко виражений набряк обличчя, шиї, дихання

шумне з втягненням допоміжних м'язів, ЧД – 30 за хв., пероральний ціаноз, дихання над легенями жорстке, тони серця ритмічні, ЧСС – 120 пошт./хв. Живіт при пальпації неболючий.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 42

Дитина 1 рік, знаходиться на лікуванні з приводу кишкової інфекції, токсико-ексикозу. За останню добу стан дитини різко погіршився: з'явилися адінамія, запаморочення, стала рідко мочитися, з'явилися блювання, набряки обличчя та нижніх кінцівок. Загальний аналіз крові: анемія, підвищення ШОЕ. Біохімія крові: сечовина - 25 ммоль/л, креатинін крові - 230 мкмоль/л, калій - 6,5 ммоль/л.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 43

До лікаря звернулись батьки 5-місячної дитини зі скаргами на поверхневий сон, неспокій, судомні посіпування м'язів обличчя. Анамнез захворювання: раптово у дитини з'явилися судомні посіпування м'язів обличчя, заціпеніння, загальмованість, які тривали протягом 2-х хвилин. Об'єктивно: загальний стан дитини важкий, обумовлений нападом клоніко-тонічних судом. Блідість шкірних покривів, виражена пітливість. Відмічається пласка потилиця. Стійкий червоний дермографізм, м'язова гіпотонія. Виражені лобні і тіменні горби, "реберні чотки".

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 44

У хлопчика 12 років на тлі проведення скарифікаційних шкірних алергопроб раптово, впродовж 10 хв. почервоніло обличчя, з'явилися запаморочення, утруднене свистяче дихання, дифузний ціаноз, АТ - 40/0 мм рт.ст. В анамнезі – бронхіальна астма.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 45

Дитині 7 років. Раптово виник біль у животі, блювання кавовою гушею. Викликана бригада швидкої допомоги. Об'єктивно: дитина загальмована, адинамічна, знижений м'язовий тонус, шкірні покриви бліді з мармуровим малюнком, сіруваті, мають ціанотичний відтінок, виражений акроціаноз, різке падіння АТ, пульс слабкого наповнення, брадикардія, сечовиділень не було.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 46

Дівчинка 15 років, під час уроку втратила свідомість, Шкіра бліда, кінцівки холодні, зіниці розширені. Дихання поверхневе ЧД 15/хв., аускультативно-дихання везикулярне послаблене, тони серця послаблені, ЧСС 58/хв., АТ 90/50 мм рт. ст., живіт м'який, безболісний.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 47

Дитина 1,5 року, госпіталізована з приводу пневмонії. Після надходження до відділення її стан різко погіршився, на огляд не реагує, шкіра ціанотична, кінцівки холодні, дихання поверхневе, неправильне, пульс нитковидний, гіпотонія м'язів, тони серця не прослуховуються

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 48

До клініки поступила дитина на 5 добу хвороби з пневмонією. В відділенні розпочата антибактеріальна терапія – внутрішньовенно введено амоксиклав. На прикінці введення препарату у дитини виникли скарги на тотальне свербіння шкіри, печію язика, підошв, долоней.

Об'єктивно: у дитини генералізована кропив'янка, свідомість спутана, видимі слизові дуже бліді. АТ – 60/20 мм рт.ст., ЧСС – 200 за хв. Тони серця глухі. ЧДД – 60 за хв. Дихання в легенях послаблено з подовженим видихом та масою сухих свистячих хрипів.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 49

Дитина 1 року знаходиться на лікуванні з приводу кишкової інфекції, токсико-ексикозу. За останню добу стан дитини різко погіршився: з'явилась адінамія, запаморочення, з'явилась блювання, набряки обличчя та нижніх кінцівок, за останню добу не мочився. Загальний аналіз крові: анемія, підвищення ШОЕ. Біохімія крові: сечовина 25 ммоль/л, креатинін крові 350 мкмоль/л, калій 7,1 ммоль/л.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 50

У дівчинки з геморагічним васкулітом на другий день перебування в клініці різко знизився артеріальний тиск (60/40 мм рт ст), тони серця глухі, пульс слабкий, ЧСС 170/хв, акроціаноз, «мармуровість шкіри», анурія, тонус м'язів знижений, адінамія. Посилюється ацидоз.

Питання:

1. Визначте тактику надання невідкладної допомоги.

Задача 51

У дитини 5 місяців, хворої на кашлюк з тяжкими нападами кашлю та частим блюванням з'явилися млявість, апатія, сонливість, анорексія. На фоні одного з приступів у дитини відмічена зупинка дихання.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 52

При об'єктивному обстеженні дитини 10-місячного віку, хворої на гостру кишкову інфекцію, виявлені ознаки вододфіцитного ексикозу: сухість шкіри та слизової оболонки, зниження тургору м'яких тканин, спрага, олігурія, тахікардія, зниження артеріального тиску. Призначте регідратаційну терапію дитині.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 53

Дитина 9 років захворіла гостро з підвищення температури до 37,8°C, болю у горлі, слабкості. При обстеженні на 5 добу захворювання виявлені ознаки ларингеальної дифтерії: задишка, тахіпное, акроціаноз, голос осиплий, грубий кашель, втягнення при диханні поступливих місць грудної клітки.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 54

У відділенні нейроінфекцій знаходиться хворий хлопчик 5 років з клінічними ознаками гострого в'ялого паралічу з висхідним характером. Раптово у дитини розвинулася зупинка дихання.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги

Задача 55

У хворого на кір 1,5 років, на 2-й день від початку висипки з'явилася задишка, «гавкаючий» кашель, стенотичне дихання. На підставі об'єктивних даних (неспокій, акроціаноз, втягнення слабких місць грудної клітини, дихання шумне, чутне на відстані, тахікардія, підвищення АТ) діагностовано несправжній круп.

Питання:

1. Яку невідкладну допомогу слід надати хворому?

Задача 56

У дитини 8 років з клінічними ознаками лакунарної ангіни, полілімфаденопатії, гепатоспленомегалії діагностовано інфекційний мононуклеоз. На 7 день хвороби у дитини з'явилися скарги на слабкість, запаморочення. На підставі об'єктивних даних (різка блідість шкіри, артеріальний тиск 50/20 мм рт ст., тахікардія до 160 на хв.) діагностовано розрив селезінки з розвитком геморагічного шоку.

Питання:

1. Яку невідкладну допомогу слід надати хворому?

Задача 57

У дитини 8 років на 4 добу від початку захворювання на дифтерію мигдаликів з'явилися болі в ділянці серця, розширення границь серця, систолічний шум на верхівці. При огляді відмічаються периферичні набряки, збільшення розмірів печінки, розширення границь серця, брадикардія до 62 на хв., задишка та тахіпноє до 35 на хв. Діагностовано гостру серцеву недостатність внаслідок раннього дифтерійного міокардиту.

Питання:

1. Визначте тактику надання екстреної медичної допомоги.

Задача 58

У дитини 2 місяців, хворої на гостру кишкову у перший день захворювання відмічається стійка гіпертермія, генералізовані судоми. При огляді: дитина знаходиться у контактному сопорі, відмічається блідість шкіри, акроціаноз, тахікардія, порушення ритму дихання, сумнівні позитивні менінгеальні симптоми. Лікарем на підставі існуючих даних діагностовано нейротоксикоз.

Питання:

1. Яку невідкладну допомогу слід надати хворому?

ЗАДАЧІ З ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Задача 1

У хворого 12 років через 2 тижня після перенесеної ГРВІ з'явилися геморагічні петехіальні та екхімозні висипання на шкірі та слизових. Лімфатичні вузли, печінка та селезінка не збільшені. Гемограма: Ер. – $3,0 \times 10^{12}/л$, Нб -90г/л, к.п.-1,0. Тр - $80 \times 10^9/л$. Лейк. - $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 48%, еоз. - 2%, л - 40%, м - 5%, ШОЕ - 30 мм/год.

Питання:

1. Дайте оцінку даним проведеного дослідження.

Задача 2

При проведенні аналізу 13 років з ожирінням III ступеня встановлено: цукор крові натще - 6,0 ммоль/л, через 2 години після вуглеводного навантаження - 8,6 ммоль/л.

Питання:

1. Яке дослідження проведене хворому?
2. Проведіть трактовку отриманих результатів.

Задача 3

Хворий С., 3 роки

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, зниження апетиту, головний біль, блідість слизових оболонок, рецидивуючі гінгівіти.

Анамнез хвороби: вказані скарги турбують 8 тижнів, стан погіршується.

Об'єктивно: стан важкий, контактний, блідість слизових оболонок. Лімфовузли збільшені у всіх групах до 1,0-1,5 см, безболісні, еластичні. Живіт м'який, помірно болючий у лівому підребер'ї. Печінка +3,5 см, край гладкий, селезінка +3,0 см, щільна, гладка, болісна. Стул 1 раз на добу, кал оформлений, забарвлений. Сечовипускання не порушено.

Лабораторні показники:

-в пунктаті кісткового мозку клітинність кісткового мозку висока, субтотальна інфільтрація бластними клітинами (бласт. 86%), елементи мегакаріоцитарних та еритроїдних ростків не знайдено, реакція на мієлопероксидазу негативна, на глікоген - позитивна

Питання:

1. Оцініть отримані дані проведеного лабораторного дослідження.
2. При якому захворюванні можливі такі зміни?

Задача 4

Дитині 4 роки, хворіє 3 добу. Кашляє. $t - 37.7\text{ }^{\circ}\text{C}$. ЧД - 25/хв. Над легеньми ясний легеневий звук. При аускультатії вислуховуються сухі та середньопухирчасті вологі хрипи. В загальному аналізі крові: Ер - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нб - 124 г/л; Лейк. - $4,2 \times 10^9/\text{л}$; еоз.-2%; п/я - 3%; с/я - 40%; л - 50%; м - 5%; ШОЕ - 8 мм/год.

Питання:

1. Дайте оцінку результатів аналізу.

Задача 5

Хворий Ж., 5 років

Скарги: швидка втомлюваність, запаморочення, блідість шкіри та слизових оболонок, зниження апетиту, рецидивуючі носові кровотечі, спонтанна поява петехій та екхімозів на шкірі.

Анамнез хвороби: отримував лікування сульфаніламідними препаратами. Вказані скарги турбують близько 2 міс.

Об'єктивно: $T^0 37,0^{\circ}\text{C}$, стан важкий, блідість шкіри та слизових оболонок, на шкірі кінцівок та тулуба поодинокі петехії та екхімози, гіперпігментація шкіри у аксиллярних ділянках. Лімфовузли не збільшені. У легнях везикулярне дихання, тони серця, ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці Живіт м'який, безболісний, печінка не збільшена, селезінка - +1,5 см.

Лабораторные показатели:

- в пунктаті кісткового мозку: чергування ділянок нормальної клітинності кісткового мозку з ділянками пригнічення кроветворення (зниження кількості мієлокаріоцитів, мегакаріоцитів), збільшення вмісту лімфоцитів (65%) та плазматичних клітин (15%), зсув еритробластів до макроцитів .

Питання:

1. Оцініть отримані дані лабораторного дослідження..
2. При якому захворюванні можливі такі зміни?

Задача 6

Хворий 10 років. Після перенесеного грипу з'явилися скарги на сухість у роті, спрагу, поліурію, значну втрату ваги. При обстеженні виявлено суху шкіру, піодермію, збільшення печінки. Цукор крові натще 8,8 ммоль/л, цукор сечі 1%.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.
2. для якого захворювання характерні виявлені зміни?

Задача 7

Хворий С., 9 років

У віці 6 місяців встановлено коагулопатію, часто отримувач стаціонарне лікування з приводу кровотечі з ясен при прорізуванні зубів, міжм'язових гематом і гемартрозів при незначних забиттях.

Об'єктивно: стан середньої важкості, блідість шкірних покривів. Правий колінний суглоб збільшений у об'ємі, шкіра над ним гаряча, гіперемована, положення кінцівки флексорне, пальпація суглоба болюча.

Лабораторні показники:

Коагулограма: час згортання – 15 хв, рівень VIII фактора – 3 %, коалінкефалиновий час – 50 с, протромбіновий індекс - 0,85, фібриноген А - 3,2 г/л, тромбіновий час – 20 с.

Питання

1. Який вид лабораторного дослідження використан?
2. Оцініть отримані лабораторні дані.

Задача 8

Хворий Х., 15 років

Скарги: на зниження апетиту, слабкість, дратливість, тошноту, блювання, нав'язливий кашель, який підсилюється після фізичного навантаження та переміні положення тіла.

Анамнез захворювання: Тиждень потому переніс розповсюджену форму стрептодермії.

Об'єктивно: Загальний стан порушено. Після фізичного навантаження виражений ціаноз шкіри. Над легеньми жорстке дихання, сухі хрипи. Товчок верхівки серця не визначається. Тони серця глухі. Печінка +2 см. Діурез знижений.

Дані проведеного лабораторного дослідження:

Серомукоїди – 0,360;
АСЛ – О – 400 МЕ; С-реактивний білок – 2+
Сіалові кислоти – 320
загальний білок – 50 г/л

Питання:

1. Який метод лабораторної діагностики застосовано?
2. Дайте оцінку отриманим даним.

Задача 9

Хворий С., 5 років

Скарги: швидка втомлюваність, головний біль, спрага, збільшення діурезу до 6 л/добу.

Об'єктивно: T^0 36,6 $^{\circ}$ С, стан середньої важкості, сухість шкіри та слизових оболонок. Лімфовузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, тони серця, ритмічні, приглушені. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені.

Лабораторні показники:

аналіз сечі: 6 00 -500 мл, питома щільн. 1005, 9 00 -450 мл, питома щільн. 1008, 12 00 -550 мл, питома щільн. 1007, 15 00 -200 мл, питома щільн. 1005, 18 00 -500 мл, питома щільн. 1000, 21 00 -430 мл, питома щільн. 1002, 24 00 -380 мл, питома щільн. 1005, 6 00 -520 мл, питома щільн. 1004.

Питання

1. Який вид лабораторного дослідження використано?
2. Оцініть отримані лабораторні дані.

Задача 10

Хворий З., 6 років

Скарги: швидка втомлюваність, головний біль, спрага, підвищення апетиту, зменшення ваги тіла, збільшення діурезу до 3 л/сут, поява глюкози у сечі.

Об'єктивно: T^0 36,6 $^{\circ}$ С, стан середньої важкості, сухість шкіри та слизових оболонок, хейліт. У легенях везикулярне дихання, тони серця, ритмічні, приглушені. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені.

Лабораторні показники:

аналіз сечі: 6 00 -200 мл, питома щільн. 1032, 9 00 -150 мл, питома щільн. 1028, 12 00 -550 мл, питома щільн. 1034, 15 00 -280 мл, питома щільн. 1035,

18⁰⁰ - 510 мл, питома щільн. 1030, 21⁰⁰ - 430 мл, питома щільн. 1032, 24⁰⁰ - 380 мл, питома щільн. 1030, 3⁰⁰ - 320 мл, питома щільн. 1034.

Питання:

1. Який метод лабораторної діагностики використано.
2. Дайте оцінку отриманим даним.

Задача 11

Хворий Л., 11 років

Скарги на погіршення загального стану, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, виражену пітливість, слабкість, болі в серці, головний біль.

З анамнеза відомо, що 10 днів тому, дитина перенесла лакунарну ангіну, антибактеріальну терапію приймав нерегулярно.

Об'єктивно: Хлопчик неспокійний, вскакує, займає змушене коліно-ліктьове положення. Під час огляду було блювання. Аускультативно: над всією областю серця вислуховується шум тертя перикарда в у вигляді „хрусту снігу”, який підсилюється при надавлюванні стетоскопом, а також у вертикальному положенні. Товчок на верхівці серця послаблений.

Дані проведеного лабораторного дослідження:

Серомукоїди – 0,560;

АСЛ – О – 450 МЕ; С-реактивний білок – +++

Сіалові кислоти – 420

загальний білок – 60 г/л

Питання:

1. Який метод лабораторної діагностики використано?
2. Дайте оцінку отриманих лабораторних даних.

Задача 12

Хворий С., 15 років

Скарги: швидка втомлюваність, головний біль, набряки обличчя вранці, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: вказані скарги виникли через 2 тижні після перенесеної ангіни.

Об'єктивно: T⁰ 37,6⁰C, стан важкий, блідість шкіри, набряки на обличчі. Лімфовузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, брадіарітмія. Живіт м'який, помірно болісний, печінка і селезінка не збільшені. Зменшення добового діурезу.

Лабораторні показники:

Загальний аналіз сечі: 80,0 мл, колір - «м'ясних помий», білок 0,066 г/л, уд. щільн. – 1026, рН- кисл., еритроцити – 20-25 в полі зору, лейкоцити – 30-40 в полі зору, циліндри – гіалінові, слиз – незначна кількість.

Питання:

- 1.Оцініть результати проведеного лабораторного дослідження.
- 2.При якому захворюванні можливі такі зміни?

Задача 13

Хвора Д., 10 місяців життя

Дитина госпіталізована у зв'язку з тривалим субфібрилітетом, проявами дисфункції шлунково-кишкового тракту, тремором підборіддя та верхніх кінцівок.

Об'єктивно: голова гідроцефальної форми. Позитивні пірамідні знаки. Дитина бліда, неспокійна. Над легенями жорстке дихання. Тахікардія. Живіт при пальпації м'який. Печінка + 2 см.

Проведене серологічне обстеження сироватки крові методом ІФА встановило наступні дані:

Антицитомегаловірусний Ig G – 20 U/ml
Антицитомегаловірусний Ig M - позитивні
Низькоавідні Ig класу G – 25%

Питання:

- 1.Проведіть трактовку отриманих лабораторних даних.
2. Про що свідчить рівеньнизькоавідних Ig класу G?

Задача 14

Хворий К., 8 місяців життя

Скарги матері на: знижений апетит, відставання дитини в психомоторному розвитку.

Об'єктивно: Дитина самостійно не сидить. Форма голови гідроцефальна. Велике джерельце 2,5 x 3,5 см., відкрите мале джерельце до 0,5 см. Виражена венозна сітка на скронях. М'язова гіпотонія. Опора на ніжки відсутня. Гепатоспленомегалія.

Проведене серологічне обстеження сироватки крові методом ІФА встановило наступні дані:

Антитоксоплазмений Ig G – 150 U/ml
Антитоксоплазмений Ig M - позитивний

Питання:

1. Проведіть трактовку отриманих даних.

Задача 15

У дитини 3 років протягом 2 тижнів відмічається сухий, нав'язливий кашель, який в останні дні став нападаподібний з репризами.

Лабораторные данные: У загальному аналізі крові: еритроцити - $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити - $16 \times 10^9/\text{л}$, е. - 2%, п. - 1%, с. - 24%, л. - 69%, м. - 4%, ШОЕ - 4мм/год.

Питання:

1. Проведіть трактування отриманого результату лабораторного дослідження.

Задача 16

Хворий З., 1 рік 4 місяці життя.

Анамнез хвороби: хворіє на гостру кишкову інфекцію третю добу, мати лікувала дитину самостійно.

Об'єктивно: Т тіла $38,7^{\circ}\text{C}$. Стан важкий. Звертає на себе увагу виражена сухість шкіри та слизових оболонок, зниження тургору м'язів. Тахікардія, зниження артеріального тиску. Олігоурія

Лабораторні показники:

Ht – 0,62, K^+ крові – 4,8 мкмоль/л, Na^+ крові- 166 мкмоль/л.

Питання:

1. Який вид ексикозу виник у дитини?

Задача 17

У відділенні нейроінфекцій знаходиться хворий хлопчик 8 років з клінічними ознаками гострого в'ялого паралічу з висхідним характером. При дослідженні калу виділено поліовірус.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів лабораторного дослідження та сформулюйте діагноз.

Задача 18

У хлопчика 3-х років на підставі наявності судом, гіперестезії, блювоти,

підвищення температура тіла до 39,9°C позитивних менінгеальних симптомів запідозрене менінгіт. У лікворі: цитоз – 12 тис., 98% нейтрофілів, білок – 1,2 г/л, глюкоза – 2,2 ммоль/л, хлориди – 122 ммоль/л.

Питання:

1. Про яку форму менінгіту свідчать результати дослідження ліквору?

Задача 19

До інфекційного стаціонару потрапила дитина 6 місяців, у якої впродовж 3 днів відмічається блювота, часті рідкі випорожнення. Дитина в'яла, дихання стогнуче, сухість шкіри та слизових оболонок, зниження артеріального тиску. Лабораторно: Ht – 0,35, K⁺ крові – 3,8 мкмоль/л, Na⁺ крові – 125 мкмоль/л.

Питання

1. Який вид ексикозу розвинувся у дитини?

Задача 20

Хворий А., 21-а доба життя.

Анамнез захворювання: Стан дитини тяжкий з моменту народження. Стан обумовлений гіпербілірубінемією, враженням ЦНС на тлі внутрішньоутробної гіпотрофії. Народився від 5 вагітності, яка перебігала на тлі гестозу, анемії, загрози викидню. На 2 добу життя з'явилася жовтяниця, яка зберігається і в теперішній час. Вигодовується через назогастральний зонд.

Об'єктивно: Реакція на огляд у вигляді гримаси «невдоволення», гіпорексія та м'язова гіпотонія. Над легеньми дихання пуерильне. Тони серця приглушені, ритм не порушено. Прояви гепатоспленомегалії.

Дані біохімічного дослідження крові:

Білірубін загальний 180 мкмоль/л; непрямий білірубін 120 мкмоль/л

Тимоловий показник 6,5 EgSH

АсАТ 0,8 ммоль/л; АлАТ 2,8 ммоль/л

Питання:

1. Проведіть трактовку отриманих даних.

Задача 21

Хвора О., 1-й місяць життя.

Госпіталізована зі скаргами матері на виражений неспокій дитини,

блювання, субфебрильну температуру, іктеричність шкіри

Об'єктивно: стан дитини порушено. Спонтанні рефлексії Бабінського та Моро, тремор кінцівок. Велике джерельце 2,5 x 2,5 см, відкрите маленьке джерельце до 0,7 см, сагітальний шов до 0,5 см. Аускультативна картина над легеньми та серцем без особливостей. Прояви гепатоспленомегалії.

Дані біохімічного дослідження крові:

Білірубін загальний 170 мкмоль/л; непрямий білірубін 100 мкмоль/л

Тимоловий показник 4,11 EgSH

АсАТ 0,9 ммоль/л; АлАТ 3,2 ммоль/л

Питання:

1. Проведіть трактовку отриманих даних.

Задача 22

Хворий Г., 14 років.

Скарги: на спрагу, швидке схуднення, легку загальну слабкість, підвищення апетиту.

Анамнез хвороби: вважає себе хворим біля одного місяця. Початок пов'язує з перенесенням паротитом. Бабуся хлопчика страждає на цукровий діабет 1 типу.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Дитина правильної тіло будови, зниженого харчування. Кожні покрови бліді, "синева" навколо очей. Тургор тканини знижений. Запах ацетону з рота. Язик сухий. Над легеньми везикулярне дихання. Діяльність ритмічна, тони звучні, ЧСС 96 за хв., АД 105/60 мм.рт.ст.. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації. Сечовипускання до 15-16 разів на добу.

Лабораторні дані: цукор в сечі-3%, глюкоза крові-16,5 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактовку отриманих даних.

Задача 23

Дитина 9 років захворіла раптово: температура 38°C, слабкість, незначна нежить, по усьому тулубу дрібно-плямиста блідо-рожева висипка на незміненому тлі шкіри, без тенденції до злиття.

Об'єктивно: на слизовій оболоні порожнини рота дрібні червоні плями, збільшення потиличних лімфовузлів.

У загальному аналізі крові: еритроцити - $4,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити - $3,5 \times 10^9$ /л, е. - 2%, п. - 1%, с. - 24%, л. - 59%, м. - 4%,

плазматичні клітини – 10%, ШЗЕ – 8 мм/год.

Питання:

1. Проведіть трактування отриманого результату лабораторного дослідження.

Задача 24

Хворий Ю., 12 років

Дитину госпіталізовано в лікарню в тяжкому стані у супроводі матері.

Скарги матері: на слабкість, пітливість

Анамнез захворювання: страждає на цукровий діабет з 3-х років життя. Зранку о 8:00 отримав ін'єкції інсуліну, відмовився їсти. Стан погіршився гостро о 9:00. З'явилися вказані вище скарги. Мати дала випити солодкий чай, стан не покращав. Потім дитина втратила свідомість і мати ввела 10 Од інсуліну короткої дії.

Об'єктивно: Загальний стан тяжкий. Дитина практично не реагує на огляд. Анізокорія. Язик вологий. Шкіра волога на дотик. Судоми кінцівок та мимічної мускулатури. АТ 90/60- мм рт ст. Пульс 96 за хв.

Лабораторні данні: глюкоза крові - 2,5 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактову отриманих даних.

Задача 25

Хворий 10 років. Після перенесеного грипу з'явилися скарги на сухість у роті, спрагу, поліурію, значну втрату ваги. При обстеженні виявлено сухість шкіри, піодермію, кровоточивість ясен, збільшення печінки.

Аналіз крові: : ер. $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв 165 г/л, ЦП 1,0, лейкоц. $10,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ 28 мм/г, тромб. 280×10^9 /л, е 2%, п 8%, с 52%, л 30%, м 8%; цукор крові натще 11,4 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага 1038, білок 0,033 г/л, глюкоза – виявлено, лейкоц. 2-4 в п/з, еритроц. – не виявлено.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізів.

Задача 26

У дитини 12 р. хворої на гострий гломерулонефрит з'явилися нудота, блювота, сонливість, збільшились набряки, зменшився діурез до 100 мл/добу.

Пульс 66 за 1 хв., АТ – 160/95 мм. рт. ст.. Біохімія крові: К⁺ – 7,0 ммоль/л, сечовина – 23 ммоль/л, креатинін - 380 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізів.

Задача 27

Хлопчик 7 років. Напередодні їв гриби.. Анурія. Аналіз крові: сечовина 26 ммоль/л, креатинін - 560 ммоль/л, К – 7,8 ммоль/л, рН - 7,1, Na -110 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.

Задача 28

Дитина 4 років. На тлі залишкових ознак ГРВІ з'явилися сонливість, блювота, підвищення температури тіла. Спостерігається вогнищева неврологічна симптоматика – анізокорія, симптом Бабінського ліворуч, там же – відсутність кремастерного рефлексу. При мікроскопії ліквору – цитоз до 40 в мм³ нейтрофільного характеру, білок 0,099 ммоль/л, цукор 3 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.

Задача 29

У 5-річної дитини зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, спрагу, часте сечовипускання при обстеженні виявлено ретинопатію, підвищення артеріального тиску. ЕКГ – перевантаження лівого шлуночка, в крові – натрій 160 ммоль/л, калій 2,6 ммоль/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.

Задача 30

Дитина 7 міс раптом втратила свідомість. З'явилися тоніко-клонічні судоми, які тривали 2 хвилини. Шкіра була ціанотичною. t° - нормальна. Згодом, після судоми дитина опритомніла. Загальний стан задовільний. Рівень Са у крові – 0,8 ммол/л, Р – 1,3 ммол/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.

Задача 31

У хворої дитини з бронхіальною астмою
Сатурація O₂ нижча 90 %, P CO₂ - 48 %, P O₂ - 62 %, pH крові - 7,2

Питання:

1. Визначіть, якому ступеню важкості дихальної недостатності вони відповідають.

Задача 32

У дитини гострий гломерулонефрит: Біохімія крові: креатинін крові - 250 мкмоль/л, сечовина крові - 25 ммоль/л, клубочкова фільтрація - 45 мл/хв., канальцева реабсорбція - 99%

Питання:

1. Про що свідчать такі показники?

Задача 33

Дитині 1,5 роки.

Б/х крові: гіпофосфатемія – 0,6 ммоль/л

Лужна фосфатаза підвищена – 10 мккат/л

Рівень кальцію в сироватці крові нормальний – 2,3 ммоль/л

Гіперфосфатурія - 80 ммоль/добу

Питання:

1. Якому захворюванню відповідають ці зміни?

Задача 34

Дитині 2 роки, Ht – 54%. pH крові – 7,3, BE= - 10.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 68 г/л, калій – 3,2 ммоль/л, натрій – 152 ммоль/л, кальцій – 2,1 ммоль/л, фосфор – 0,5 ммоль/л (норма 0,6-1,6).

Питання:

1. Оцініть ці зміни.

Задача 35

У хворого на гострий гломерулонефрит виявились:

Загальний білок у сироватці крові – 44 г/л.

Холестерин - 11 ммоль/л

Бета-ліпопротеїди - 17,4 г/л

Добова протеїнурія - 5 г

Питання:

1. Якому синдрому гломерулонефриту відповідають такі зміни?

Задача 36

У хворого на гострий гломерулонефрит виявили: АТ підвищений, загальний білок у сироватці крові – 80г/л, добова протеїнурія - 0,5 г, загальний аналіз сечі – колір “м’ясних помійв”, відносна щільність - 1025, лейкоцити – 2-3 у полі зору.

Питання:

1. Якому синдрому гломерулонефриту відповідають такі зміни?

Задача 37

У хворого на рахіт біохімічні дослідження сироватки крові: концентрація кальцію – 1,95 ммоль/л, фосфору – 0,82 ммоль/л, лужна фосфатаза – підвищена.

Питання:

1. Визначте зміни біохімічних досліджень.

Задача 38

Дівчинка 13 років. Хворіла тиждень тому на ГРВІ. Періодично виникає неприємне відчуття „перебоїв”, „завмирання” серця. Шкіра бліда, акроціаноз. Набряків немає. Суглоби не змінені. Межі серця розширені вліво. При аускультатії – I тон на верхівці глухий, нижній систолічний шум над верхівкою. Біохімічні дослідження: СРБ +++, серомукоїди – 0,30 ммоль/л, загальний білок – 65 г/л, альбуміни – 56%, глобуліни: α_1 – 4,0 %, α_2 – 12,3 %, β – 12,2%, γ – 15,8%. Активність АсАТ – 0,55 ммоль/л х год., загальну КФК підвищено у 2 рази, МВ КФК – 15% від загальної КФК, АСЛО – негативний, LE клітини – негативні, антинуклеарний фактор – негативний.

Питання:

1. Оцініть лабораторні дослідження.

Задача 39

У клініку поступив хлопчик 14 років з приводу болів у епігастральній області. При обстеженні одержані наступні результати:

Амілаза крові - 96 ОД.

Діастаза сечі - 200 ОД.

Тимолова проба - 3 ЕгSH.

АлАТ - 0,64 ммоль/л.

Питання:

1. Оцініть ці зміни.

Задача 40

У дитини гострий гломерулонефрит. Результати лабораторного обстеження:

Біохімія крові: креатинін крові - 250 мкмоль/л, сечовина крові - 25 ммоль/л, клубочкова фільтрація - 45 мл/хв., канальцева реабсорбція - 99%.

Питання:

1. Про що свідчать дані показники.

Задача 41

У дівчинки 3-х років встановлено діагноз – гострий пієлонефрит.

Загальний аналіз сечі: мутна, питома вага -1020, реакція - кисла, білок – 0,033 г/л, цукор – негативний. Сечовий осад (клітин в полі зору): лейкоцитів – 25-30, еритроцитів – 10-11, епітелію – 8-10, гіалінових циліндрів – 5-6.

Аналіз сечі за Нечипоренком: лейкоцити – 25 000, еритроцити – 1 000.

Уролейкограма: нейтрофіли – 88%, лімфоцити – 12%

Питання:

1. На який період хвороби вказують виявлені зміни в аналізах?

Задача 42

У дівчинки 14 років після відпочинку на морі з'явилася висипка на обличчі. У аналізі крові виявлено: серомукоїди - 0,80, СРБ +++++, LE - клітини позитивні.

Питання:

1. Оцініть виявлені зміни.

Задача 43

Дитина 5 міс, маса тіла – 5400 г (маса при народженні – 3500 г). Від дитини – специфічний “мишачий” запах. Дитина млява, гіподинамічна. ЧДД – 60 на хв. Дистантні хрипи. Стул – 3 – 4 рази на добу, блискучий, сірого кольору, з запахом прогірклої оливи. Хлориди поту – 85 ммоль/л.

Питання:

1. Оцініть виявлені зміни і трофіку у дитини.

Задача 44

Після контакту з хворою на ГРВІ сестрою дитина 3-х років захворіла: фебрильна лихоманка, нежить, сухий кашель.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 105 г/л, кольоровий показник – 0,88, лейкоцити – $15,0 \times 10^9/л$, еозинофіли – 3 %, паличкоядерні – 1%, сегментоядерні – 22%, лімфоцити – 65%, моноцити – 10%, ШОЕ – 15 мм/год.

Загальний аналіз сечі: прозора, питома вага -1020, реакція - кисла, білок – 0,033 г/л, цукор – негативний. Сечовий осадок (кількість клітин в полі зору): лейкоцити – 2-3, еритроцити – 1-2, епітелій – 0-1, гіалінові циліндри – 1-2.

Аналіз сечі за Нечипоренком: лейкоцити – 1000, еритроцити – 500.

Питання:

1. Дайте заключення по клініко-лабораторним дослідженням.

Задача 45

У дівчинки 3 років встановлено діагноз гострого пієлонефриту. За лабораторними обстеженнями встановіть активність хвороби:

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$, Нв – 125 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – $14,0 \times 10^9$, еозинофіли – 3%, паличкоядерні – 15%, сегментоядерні – 50%, лімфоцити – 25%, моноцити – 10%, ШОЕ – 30 мм/год.

Загальний аналіз сечі: мутна, питома вага -1020, реакція - кисла, білок – 0,033 г/л, цукор – негативний. Сечовий осадок (клітин в полі зору): лейкоцити – 25-30, еритроцити – 10-11, епітелій – 8-10, гіалінові циліндри – 5-6.

Аналіз сечі за Нечипоренком: лейкоцити – 25000, еритроцити – 1000. Уролейкограма: нейтрофіли – 88%, лімфоцити – 12%.

Питання:

1. Дайте заключення по проведеним клініко-лабораторним дослідженням

Задача 46

У дитини віком 12 років, яка тривалий час страждає на хронічний гломерулонефрит, з'явилися сонливість, втрата апетиту, спрага. Об-но: шкіра суха, запах аміаку з рота, язик сухий, тони серця глухі. В ан. крові: креатинін 1,8 ммоль/л, сечовина – 12,3 ммоль/л. В ан. сечі: питома вага 1003, еритроц. – 30 в п/з, лейкоц. – 20 в п/з, білок – 4,1 г/л.

Питання:

1. Проведіть трактування результатів аналізу.

Задача 47

У дитини 11 років при обстеженні знайдено:

Загальний аналіз крові: Еритроцити - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Лейкоцити- $3,2 \times 10^9$ /л, КП - 0,9, Нв – 100 г/л, е-1%, п – 3%, с – 45%, л – 50%, м – 1%, ШОЕ - 50 мм/год, тромбоцити - 120 тис.,

Біохімічний аналіз крові: серомукоїди - 1,20, позитивний антинуклеарний фактор.

Питання:

1. Дайте оцінку результатів аналізів.

Задача 48

У дитини 12 років, з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки виявлені зміни в аналізах: еритроцити $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 87 г/л, ц.п. - 0,7, сироваткове залізо - 7,7 мкмоль/л. ЗЗЗС - 78 мкмоль/л.

Питання:

1. Якому стану відповідають ці порушення?

Задача 49

При проведенні рН-метрії 12-річному хлопчику з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки отримані результати:

базальна: 1,4-1,6-1,2

антральна: 6,0-6,4-5,8

Питання:

1. Оцінити результати дослідження

Задача 50

Дитина 1 року обстежена перед вакцинацією. Загальний аналіз крові: Нв- 112 г/л, еритроцити – $3.6 \cdot 10^{12}$ /л, кол. показник - 0,9, лейкоцити – $8.7 \cdot 10^9$ /л, еозинофіли -1%, сегментоядерні нейтрофіли – 36%, палочкоядерні нейтрофіли 3%, лімфоцити – 48%, моноцити – 12%., ШОЕ – 10 мм на годину.

Питання:

1. Оцініть ці дані.

Задача 51

Дитина віком 3 роки , має вроджену ваду серця.

Загальний аналіз крові: Нв- 182 г/л, еритроцити – $6.6 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 0.60, кольоровий показник -1.0, лейкоцити – $8.7 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 2 мм/на годину.

Питання:

1. Оцініть ці зміни.

Задача 52

Дитині 1 міс, народилась з масою 2 кг. Загальний аналіз крові: Нв - 102 г/л, еритроцити – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, кол. показник 0,75, лейкоцити – $8.7 \cdot 10^9$ /л, е. 1% п. 2%, с.18%, л. 72%, м. 7%, ШОЕ – 10 мм на годину.

Питання:

1. Оцініть ці зміни.

Задача 53

У дівчинки 5 років:

Глюкоза в крові 4,4 ммоль/л; глюкоза в сечі 3 г/добу; тест на толерантність до глюкози без змін. Креатинін крові 85 мкмоль/л. Сечовина 4 ммоль/л

Питання:

1. Оцініть ці зміни.

Задача 54

Дитині 2 роки. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 68 г/л, білірубін загальний – 20,5 мкмоль/л, залізо сироватки – 7,3 мкмоль/л (норма 10,0-14,2 мкмоль/л), залізовв'язуюча здатність сироватки – 87,9 мкмоль/л (норма 63,0-80,0), вільний гемоглобін не визначається.

Питання:

1. Якому захворюванню відповідають ці зміни?

Задача 55

Дитині 3 роки

Біохімія крові: гіпофосфатемія, гіпокальціємія, гіпокаліємія, підвищення лужної фосфатази

В сечі: глюкозурія, фосфатурія, аміноацидурія, протеїнурія, гіпоізостенурія

Питання:

1. Якому захворюванню відповідають ці зміни?

Задача 56

У дитини 3 років на протязі 2 тижнів відмічається сухий, нав'язливий кашель, який в останні дні став нападаподібним з репризами. У загальному аналізі крові: еритроцити - $4,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити - 16×10^9 /л, е. - 2%, п. - 1%, с. - 24%, л. - 69%, м. - 4%, ШОЕ - 4мм/год.

Питання:

1. Проведіть трактування отриманого результату лабораторного дослідження.

Задача 57

При об'єктивному обстеженні дитини 4-хмісячного віку, хворої на гостру кишкову інфекцію, виявлені сухість шкіри та слизової оболонки, зниження тургору м'яких тканин, спрага, тахікардія, зниження артеріального тиску, олігурія,. Лабораторно: Ht – 0,62, K⁺ крові – 4,8 мкмоль/л, Na⁺ крові – 166 мкмоль/л.

Питання:

1. Який вид ексикозу розвинувся у дитини?

ЗАДАЧІ З ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Задача 1

Хворий А., 12-а доба життя.

Анамнез захворювання: Стан дитини тяжкий з моменту народження, обумовлений враженням ЦНС на тлі внутрішньоутробної гіпотрофії. Народився від 5 вагітності, яка перебігала на тлі гестозу, анемії, загрози викидню. На 2 добу життя з'явилася жовтяниця. Вигодовується через назогастральний зонд.

Об'єктивно: Реакція на огляд у вигляді гримаси «невдоволення», гіпорексія та м'язова гіпотонія. Над легенями дихання пуерильне. Тони серця приглушені, ритм не порушено. Прояви гепатоспленомегалії. Серологічно встановлено підвищений рівень антицитомегаловірусних імуноглобулінів класу G та M. На підставі даних клініко-параклінічного досліджень встановлено діагноз внутрішньоутробної цитомегалії.

Дані інструментального дослідження:

передні роги латеральних шлуночків - 16 мм;
третій шлуночок – 14 мм;



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження проведено дитині?
2. Які патологічні зміни встановлені у дитини?

Задача 2

Хворий Ч., 9 місяців життя

У віці 2-х місяців на основі клініко-параклінічних даних встановлено діагноз вродженого токсоплазмозу з переважним враженням ЦНС у вигляді судомного та гіпертензійно-гідроцефального синдромів.

Об'єктивно: Дитина самостійно не сидить. Форма голови гідроцефальна. Велике джерельце 3х 3,5 см., відкрите мале джерельце. Виражена венозна сітка на скронях. М'язова гіпотонія. Опора на ніжки відсутня. Гепатоспленомегалія.

Дані інструментального дослідження по визначенню стану картини головного мозку: бокові шлуночки праворуч до 14 мм., ліворуч до 18 мм., третій шлуночок – 20 мм.



Питання:

1. Яке обстеження проведено дитині?
2. Які патологічні зміни встановлені в процесі цього інструментального дослідження?

Задача 3

Дівчинка, 12 років.

Скарги на печію, відрижку кислим, почуття печії в епігастральній ділянці, нудоту, блювання шлунковим вмістом. Дані скарги турбують протягом 5 років. З анамнезу відомо, що в ранньому віці спостерігалися часті зригування та блювання, дитина погано набирала в масі. Перенесла аспіраційну пневмонію в віці 6 місяців.

При огляді: дитина астеничної тілобудови, шкіряні покриви бліді, чисті. Язик обкладено білим нальотом. З боку серця та органів дихання патології не виявлено. Живіт доступно для глибокої пальпації, безболісний. Печінка біля реберної дуги, селезінка не пальпується. Дефекація та сечовипускання не порушено.

Дані фіброезофагодуоденоскопії: Стравохід вільний. Слизова оболонка ярко-гіперемована в нижній третині з ділянками накладання білого слизу, важко змивається водою. Кардія не змикається, складки кардії набряклі, ярко-гіперемовані. На складках кардіального сфінктеру відмічаються поодинокі краплинні петехіальні крововиливи. Відмічається закид білого пінистого слизу зі шлунку в просвіт стравоходу в великій кількості. Шлунок та дванадцятипала кишка не змінені.



Питання:

1. Зробіть висновок згідно отриманим даним інструментального дослідження.
2. Сформулюйте діагноз.

Задача 4

Дитина Б., 1,5 місяця життя.

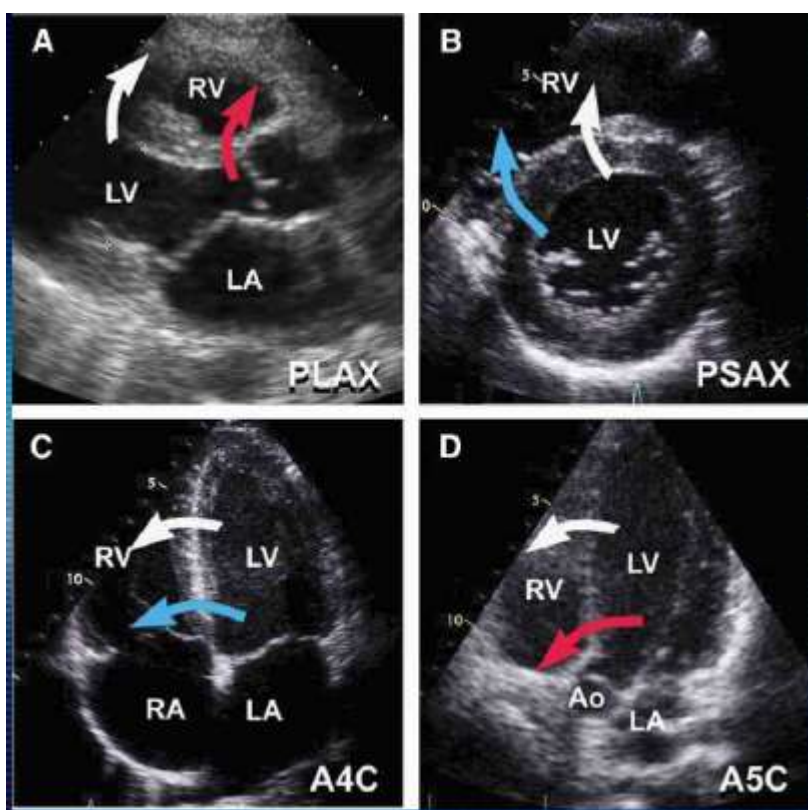
Госпіталізована зі скаргами матері на неспокій дитини, підвищення температури до $38,5^{\circ}\text{C}$, погане ссання, цианоз шкіри.

Об'єктивно: форма голови гідроцефальна. Шкіра різко бліда з ціанотичним відтінком. ЧСС – 166 за хв., ЧД – 58 на хв. Над легенями дихання з жорстким відтінком. При аускультатії серця вислуховується

грубий, інтенсивний шум з епіцентром в II – III – IV міжребер'ї у лівого края грудини, II тон підсилений та розщеплений. Ірадіація шуму на тіло грудини та мечевидний відросток.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи:

В середній третині міжпредсердної перегородки дефект тканини 0,5 см., прикритий мембраною, зброс крові зліва праворуч. В міжшлуночковій перегородці відсутня мембранозна частина, дефект тканини 0,5 см, зброс крові зліва праворуч під септалну стулку трикуспідального клапану. Тиск в легеневій артерії 36 мм рт ст. Міокард лівого шлуночку підвищеної щільності, стулки мітрального клапану щільні.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної проведено хворому?
2. На основі отриманих даних сформулюйте діагноз.

Задача 5

Хлопчик, 13 років скаржить на почуття нестачі повітря, появу немотивованих „дихань”. Зі слів матері дані скарги у дитини з'явилися після

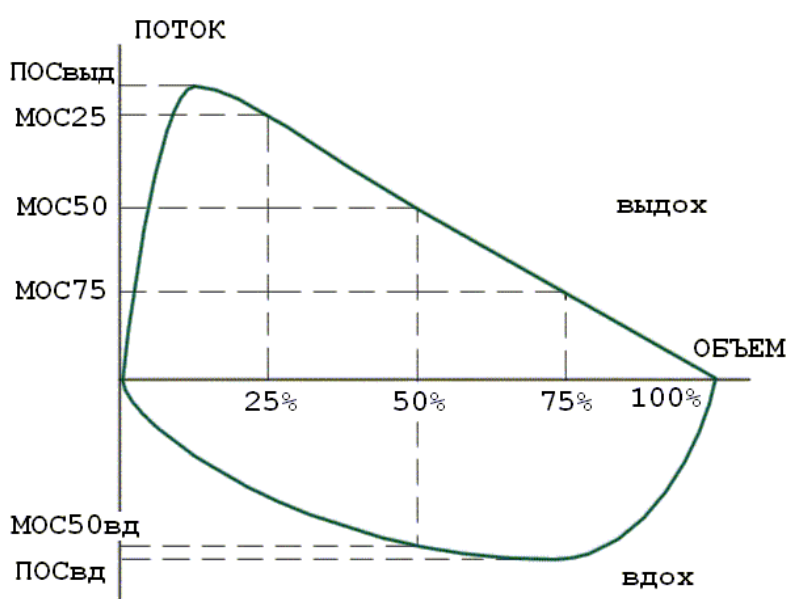
конфлікту в школі. При огляді: дитина занепокоєна, часто дихає, робить глибокі вдихи. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. При перкусії грудної клітки визначається ясний легеневий звук. При аускультатії вислуховується везикулярне дихання. Проведено оцінку функціонального стану зовнішнього дихання (результати додаються).

ЖЄЛ – 102%

ФЖЄЛ – 98%

ОФВ1 – 95%

Індекс Тифно – 96%



Питання:

1. Який метод інструментальної діагностики використано?
2. Як Ви оцінюєте результати отриманих даних?
3. Яка найбільш імовірна причина зазначених вентиляційних порушень?

Задача 6

Хлопчик Р., 12 років. Скаржить на затримку росту з 3 років. Від 1 доношеної вагітності, зростав та розвивався нормально. Об'єктивно - стан задовільний. З боку внутрішніх органів патологічних змін не має. Ріст дитини складає 122,5 см.

Питання

1. Дайте оцінку росту дитини, використовуючи нормоване відхилення, якщо середній ріст у хлопчиків 12 років складає 146,7 см, а квадратичне відхилення від середнього росту 6,82.

Задача 7

У хворого С. встановлено діагноз: бронхіальна астма, персистуюча, III ст., середньоважкий перебіг, частково контрольована. Отримує базисну терапію. Скарг не пред'являє. При аускультатії дихання жорстке, хрипів немає. ЧД 20 за хвилину. Проведено інгаляційну пробу з сальбутамолом (результати додаються).

До інгаляції сальбутамолу:

ЖЄЛ – 92%

ФЖЄЛ – 85%

ОФВ1 – 80%

Індекс Тифно – 92%

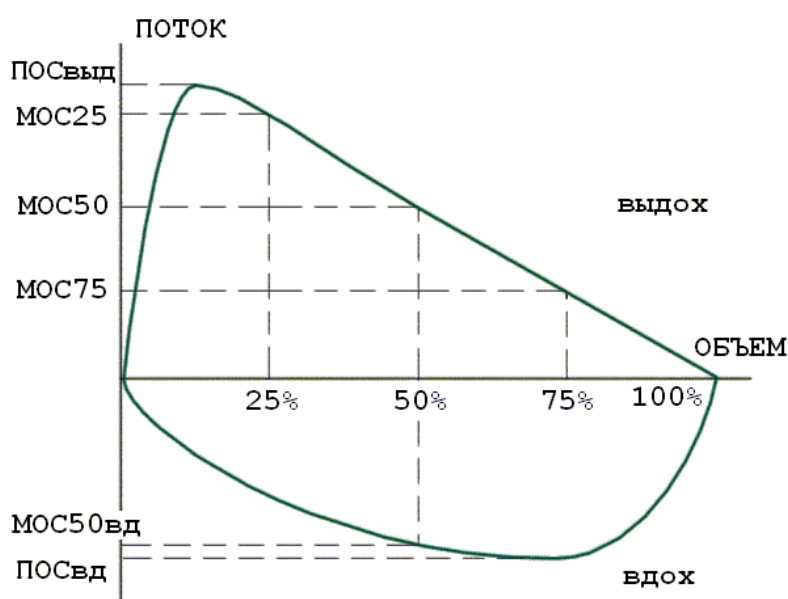
Після інгаляції сальбутамолу:

ЖЄЛ – 94%

ФЖЄЛ – 92%

ОФВ1 – 97%

Індекс Тифно – 98%



Питання:

1. Який метод інструментальної діагностики використано?
2. Як Ви оцінюєте результати отриманих даних?
3. Які показники проведеного інструментального дослідження свідчать на користь Вашого висновку?

Задача 8

Хвора Ж, 8 місяців життя

Скарги матері на відставання дитини в психомоторному розвитку, стійкий субфебрилітет, ще з періоду новонародженості.

Об'єктивно: Стан дитини порушено. Стигми дизембріогенеза: готичне піднебіння, коротка вуздечка язика, широке перенісся. Шкіра бліда, суха на дотик. Тургор та м'язовий тонус знижено, переважно в нижніх кінцівках. Форма голови гідроцефальна, велике джерельце 3 x 2,5 см., спостерігається його пульсація, виражені потиличні та лобні бугри. Аускультация легенів та серця без особливостей.

Інструментальний метод дослідження встановив наступні дані:

передні роги латеральних шлуночків – 18 – 19 мм;

ІІІ шлуночок – 14 мм;

в судинному сплетенні бокового шлуночку визначається ехо-щільне утворення до 7 мм.



Питання:

1. Який метод діагностики проведено хворому?
2. Які патологічні зміни встановлено у хворого?

Задача 9

Дівчинка 9-ти років скаржиться на сухий кашель, задишку. Хворіє протягом одного року. Напади задухи короткочасні, 1-2 рази за місяць.

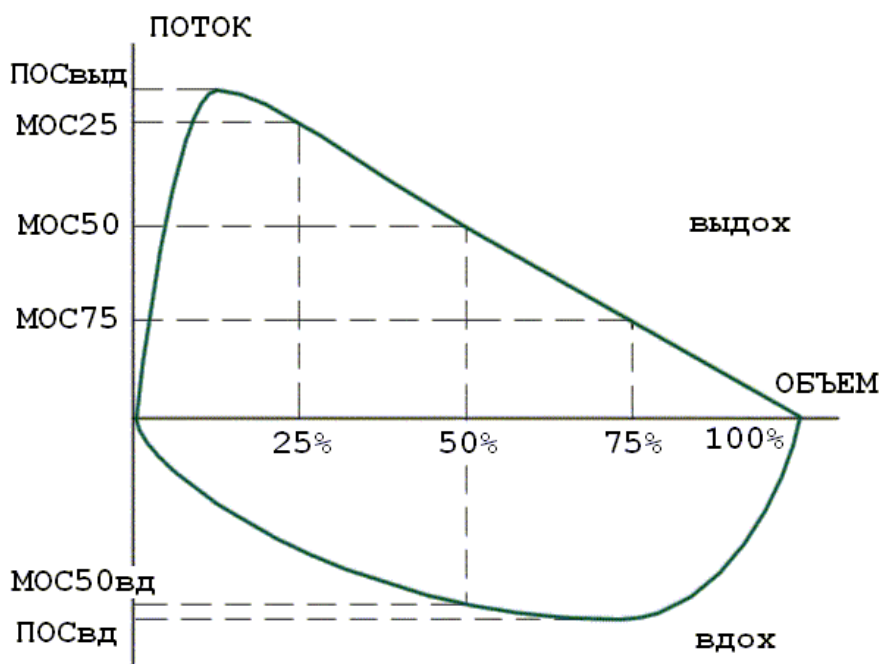
Об'єктивно: дитина неспокійна, шкіра бліда, ціаноз носо-губного трикутника, задишка змішаного типу, ЧД - 48/хв. Грудна клітка здута. Над легенями перкуторний звук з коробковим відтінком, аускультативно - дихання послаблене, сухі свистячі хрипи з обох боків. На рентгенограмі органів грудної клітки – ознаки здуття легеневої тканини. Проведено оцінку функціонального стану зовнішнього дихання:

ЖЄЛ – 62%

ФЖЄЛ – 55%

ОФВ1 – 49%

Індекс Тифно – 89%



Питання:

1. Який метод інструментальної діагностики використано?
2. Як Ви оцінюєте результати отриманих даних?
3. Які показники проведеного інструментального дослідження свідчать на користь Вашого висновку?

Задача 10

Хвора П., 4 місяць життя

Дитина госпіталізована у зв'язку з тривалим субфебрилітетом, проявами дисфункції шлунково-кишкового тракту, тремор підборіддя та верхніх кінцівок.

Об'єктивно: голова гідроцефальної форми. Позитивні пірамідні знаки. Дитина бліда, неспокійна. Над легенями жорстке дихання. Тахікардія.

Інструментальний метод дослідження встановив наступні дані:

Бокові шлуночки симетричні – 16 мм;

ІІІ шлуночок – 14 мм;

Візуалізується отвір Монро



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження проведено хворому?
2. Які патологічні зміни встановлено у хворого?

Задача 11

Хвора С., 5 місяць життя

Дитина госпіталізована у зв'язку з тривалим субфебрилітетом, проявами дисфункції шлунково-кишкового тракту, тремор підборіддя та верхніх кінцівок.

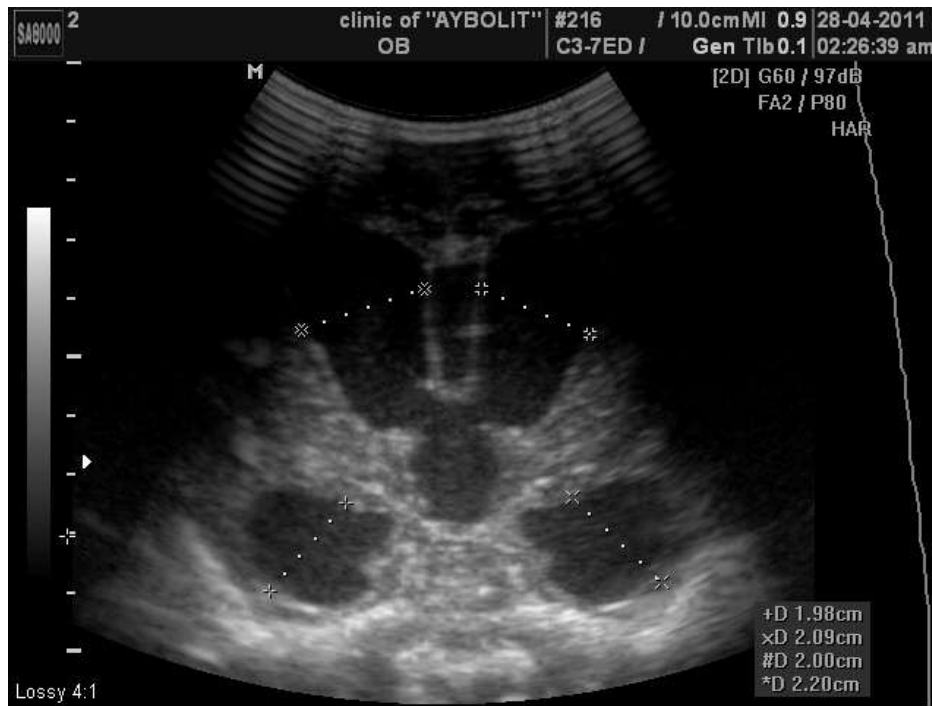
Об'єктивно: голова гідроцефальної форми. Позитивні пірамідні знаки. Дитина бліда, неспокійна. Над легенями жорстке дихання. Тахікардія.

Інструментальний метод дослідження встановив наступні дані:

Бокові шлуночки симетричні – 14 мм;

ІІІ шлуночок – 12 мм;

Візуалізується отвір Монро



Питання:

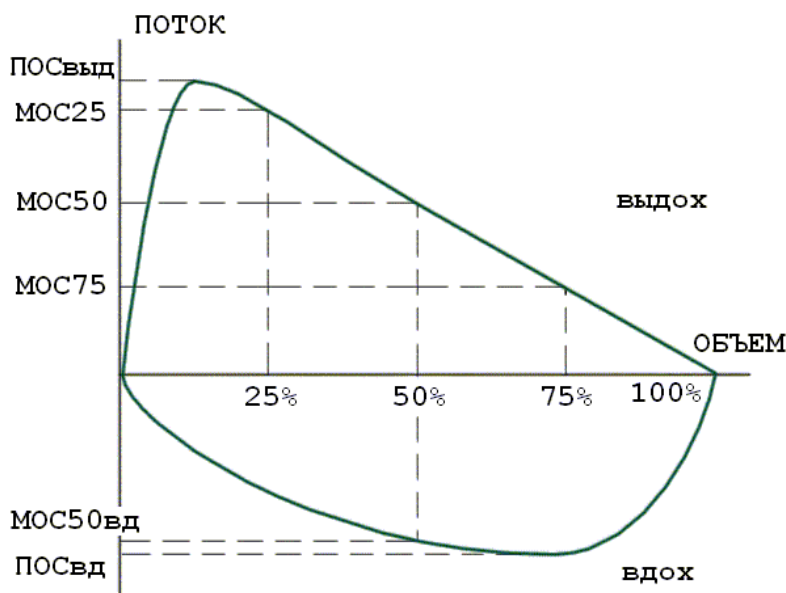
1. Який метод інструментального дослідження проведено хворому?
2. Які патологічні зміни встановлено у хворого?

Задача 12

У 10-річної дитини мають місце короткочасні напади задухи, які повторюються 2-3 рази на рік і ліквідуються за декілька хвилин. Дитина була на ранньому штучному вигодовуванні, мали місце періодичні прояви atopічного дерматиту, алергічна реакція на пеніцилін.

На момент огляду: кашель сухий, ЧД - 28/хв. При аускультатії дихання жорстке, сухі свистячі хрипи з обох сторін, видих подовжено. Тони серця помірно приглушені, ритмічні, пульс - 90/хв. В інших системах відхилень не виявлено. У фізичному розвитку дитина не відстає. Проведено оцінку функціонального стану зовнішнього дихання:

- ЖЕЛ – 92%;
- ФЖЕЛ – 70%;
- ОФВ1 – 68%;
- Індекс Тіфно – 67%.



Питання:

1. Який метод інструментальної діагностики використано?
2. Як Ви оцінюєте результати отриманих даних?
3. Які показники проведеного інструментального дослідження свідчать на користь Вашого висновку?

Задача 13

Хвора Ж, 11 місяців життя

Скарги матері на відставання дитини в психомоторному розвитку, стійкий субфебрилітет, ще з періоду новонародженості, неспокій, погану динаміку маси тіла.

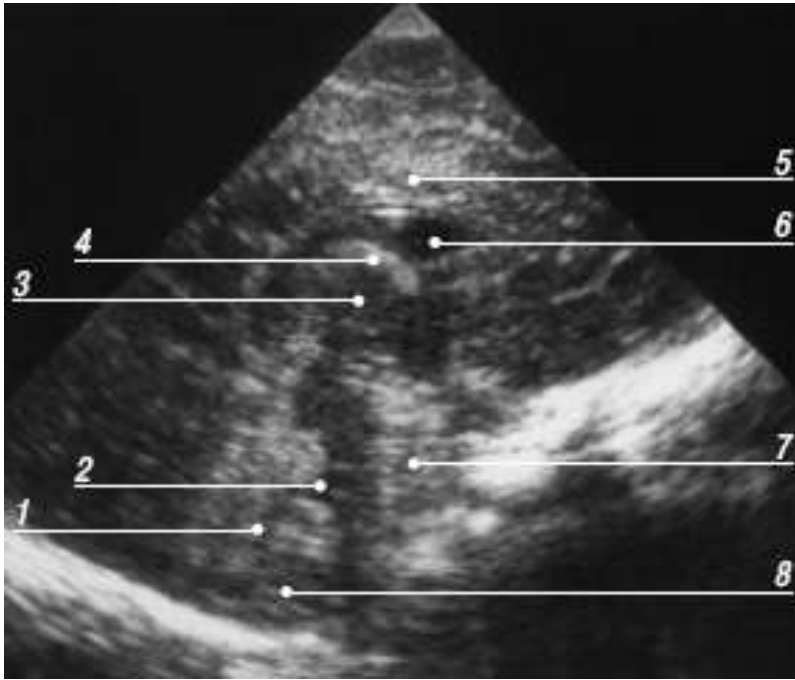
Об'єктивно: Стан дитини порушено. Шкіра бліда, суха на дотик. Тургор та м'язовий тонус знижено, переважно в нижніх кінцівках. Опора на ніжки слаба. Самостійно не стоїть. Форма голови гідроцефальна, велике джерельце 2 x 2,5 см., спостерігається його пульсація, виражені потиличні та лобні бугри. Аускультация легенів та серця без особливостей.

Інструментальний метод дослідження встановив наступні дані:

передні роги латеральних шлуночків – 13 – 14 мм;

ІІІ шлуночок – 11 мм;

в лобному відділі визначаються ехо-щільні утворення до 5 – 6 мм в діаметрі.



Питання:

1. Який метод діагностики було використано для визначення стану головного мозку?
2. Які патологічні зміни встановлено у дитини?

Задача 14

Хворий Ю., 15 років

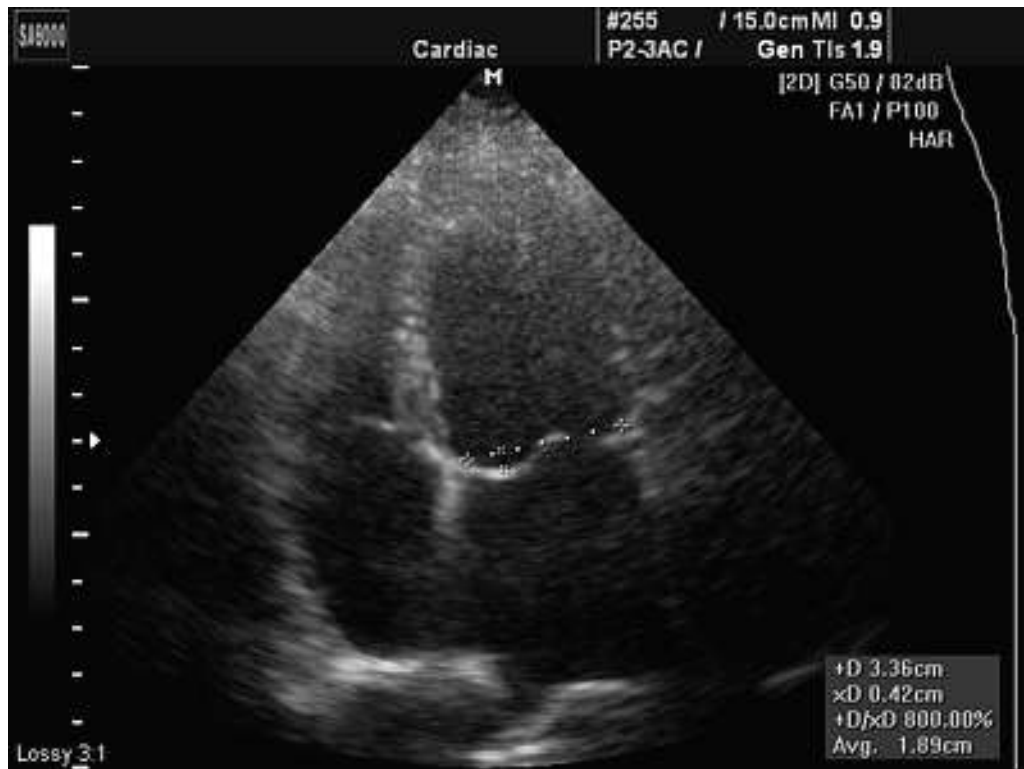
Скарги: на зниження апетиту, слабкість, дратливість, тошноту, блювання, нав'язливий кашель, який підсилюється після фізичного навантаження та переміні положення тіла.

Анамнез захворювання: Тиждень потому переніс розповсюджену форму стрептодермії.

Об'єктивно: Загальний стан порушено. Після фізичного навантаження виражений ціаноз шкіри. Над легеньми жорстке дихання, сухі хрипи. Товчок верхівки серця не визначається. Тони серця глухі. Печінка +2 см. Діурез знижений.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи

Стулки мітрального клапану фіброзно змінені. Пролапс мітрального клапану 2 ст з регургітацією 1 ст. Міокард лівого шлуночку підвищеної щільності. Трикуспідальна регургітація 2 ст. Недостатність клапанів легеневої артерії 1 ст. Тиск в ЛА 32 мм рт ст. Додаткова хорда лівого шлуночку.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної проведено хворому?
2. На основі отриманих даних сформулюйте діагноз.

Задача 15

Хворий О., 9 років

Скарги: нежить, кашель продуктивний, частий, протягом доби, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: хворіє 5 днів.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС – 90 уд. у хв., ЧД – 28 у хв., периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання над легеньми жорстке, вологі дрібно і середньо пухирчасті, розсіяні хрипи, що змінюють локалізацію після кашлю. Тони серця приглушені, ритмічні.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітки.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімкуві.
2. Встановіть діагноз.

Задача 16

Хлопчик, 13 років.

Скарги на періодично виникаючу печію, болі в епігастральній ділянці незалежно від прийому їжі. Дані скарги турбують протягом 1 року.

При огляді: дитина звичайної тіло будови, шкіряні покриви блідо-рожеві, чисті. Язик обкладено білим нальотом. Тургор тканин помірно знижений. З боку серця та органів дихання патології не виявлено. Живіт доступно для глибокої пальпації, помірно болісний в епігастральній ділянці. Печінка біля реберної дуги, селезінка не пальпується. Дефекація та сечовипускання не порушено.

Дані фіброезофагодуоденоскопії: Стравохід вільний. Слизова оболонка ядро-гіперемована в нижній третині. Шлунок звичайної форми. В ділянці дна шлунка середня кількість сірої напівпрозорого слизу. Слизова оболонка тіла шлунка гіперемована. Слизова оболонка астрального відділу шлунка гіперемована вогнище біля входу в привратник по великій кривизні

одиначна плоска ерозія діаметром 0,3-0,4 см в вигляді червоної плями, не кровоточить. Привратник спастичний. Дванадцятипала кишка не змінена.



Питання:

1. Зробіть висновок згідно отриманим даним.
2. Які додаткові дослідження необхідні для верифікації діагнозу?

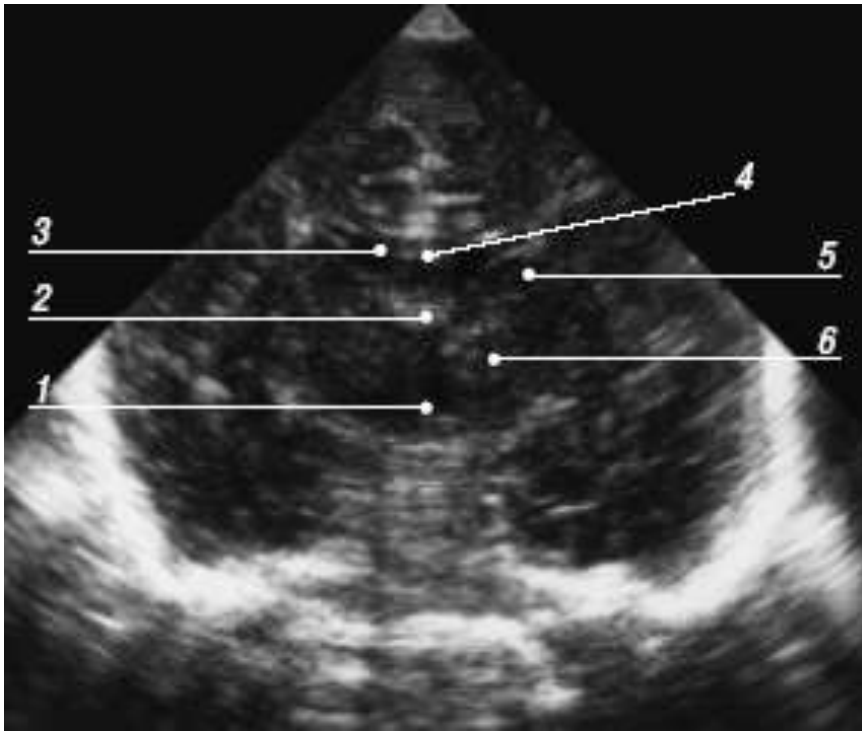
Задача 17

Хворий Ш., 7 місяців життя

У віці 4-х місяців на основі клініко-параклінічних даних встановлено діагноз вродженої цитомегалії з переважним враженням ЦНС у вигляді судомного та гіпертензійно-гідроцефального синдромів.

Об'єктивно: Дитина самостійно не сидить. Форма голови гідроцефальна. Велике джерельце 4 x 3,5 см., відкрите мале джерельце. Виражена венозна сітка на скронях. М'язова гіпотонія. Опора на ніжки відсутня. Гепатомегалія.

Дані інструментального дослідження по визначенню стану картини головного мозку: бокові шлуночки праворуч до 18 мм., ліворуч до 25 мм., третій шлуночок – 17 мм.



Питання:

1. Яке обстеження було проведено дитині?
2. Які патологічні зміни встановлені в процесі цього інструментального дослідження?

Задача 18

Хворий М., 14 років.

Скарги на періодично виникаючий біль, переважно після прийому їжі. Дані скарги турбують протягом 2 років. Стан дитини погіршується в весняно-осінній період.

При огляді: дитина астеничної тілобудови, шкіряні покриви бліді, чисті. Язик обкладено білим нальотом. Тургор тканин помірно знижений. З боку серця та органів дихання патології не виявлено. Живіт доступно для глибокої пальпації, помірно болісний в епігастральній ділянці. Відзначається позитивний симптом Менделя. Печінка біля реберної дуги, селезінка не пальпується. Дефекація та сечовипускання не порушено.

Дані фіброезофагодуоденоскопії: Стравохід вільний. Слизова оболонка ярко-гіперемована в нижній третині. Шлунок звичайної форми. Перистальтика посилена. В ділянці дна шлунка середня кількість сірої напівпрозорого слизу з поодинокими включеннями слизу білого кольору. Складки слизової оболонки шлунку набряклі, розправляються при підвищеної інсуфляції повітря. Слизова оболонка шлунка у всіх відділах

ярко-гіперемована з ділянками накладання білого слизу, який важко змивається водою. В астральному відділі шлунка по великій кривизні на відстані 68-70 см від різців визначається дефект слизової оболонки округлої форми з неглибоким дном, край набряклий, легко травмується. Дно вкрито нальотом сірого кольору, не кровоточить діаметром 0,5-0,8. Привратник округлої форми, спазмований, складки набряклі. Дванадцятипала кишка не змінена.



Питання:

1. Зробіть висновок згідно отриманим даним.
2. Які додаткові дослідження необхідні для верифікації діагнозу?

Задача 19

Хворий В., 18 днів

Скарги: задишка, пінка в кутах роту, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: хворіє 5 днів.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС – 170 уд. у хв., ЧД – 80 у хв., периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання над легенями жорстке, вологі дрібно і середньо пухирчасті, розсіяні хрипи. Тони серця приглушені, тахікардія.

Хворому проведена рентгенографія органів грудної клітини.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 20

Хворий Б., 14 років

Скарги: на зниження апетиту, слабкість, дратівливість, нудоту, блювання, нав'язливий кашель, який підсилюється після фізичного навантаження та переміні положення тіла.

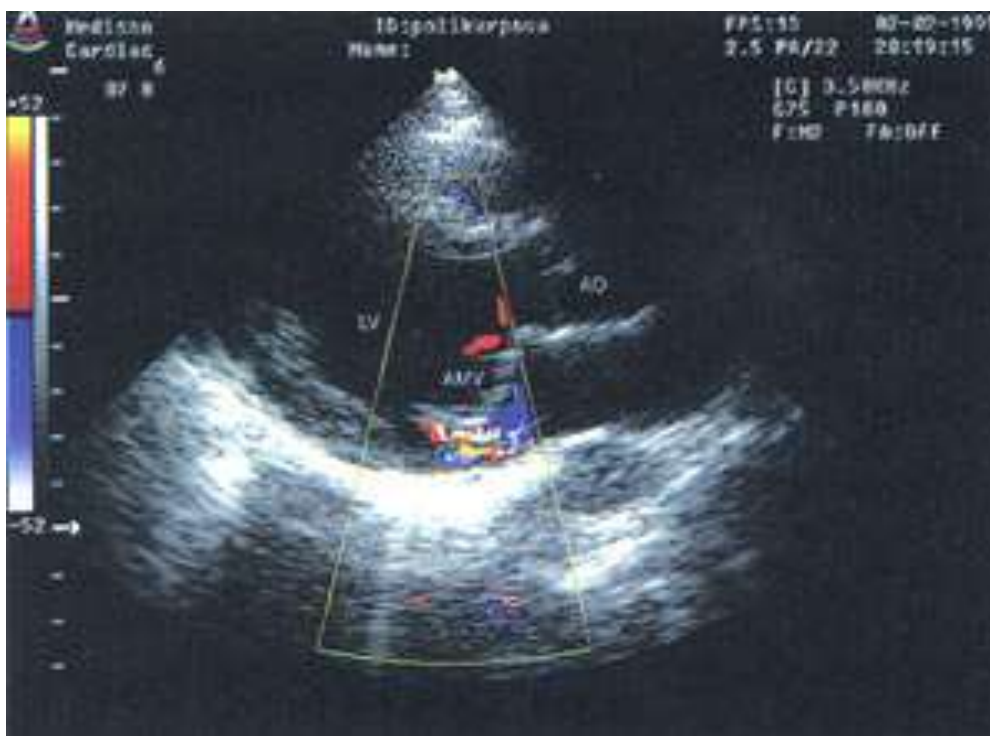
Анамнез захворювання: Тиждень потому переніс грип і відразу приступив до тренувань у спортивній секції, почував себе не погано.

Об'єктивно: Загальний стан порушено. Після фізичного навантаження виражений ціаноз шкіри. Над легеньми жорстке дихання, сухі хрипи. Товчок верхівки серця не визначається. Тони серця глухі. Печінка +2 см. Діурез знижений.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи

Стулки мітрального клапану фіброзно змінені. Пропалс мітрального клапану 2 ст з регургітацією 1 ст. Міокард лівого шлуночку підвищеної щільності. Трикуспідальна регургітація 2 ст. Недостатність клапанів

легеневої артерії 1 ст. Тиск в ЛА 32 мм рт ст. Додаткова хорда лівого шлуночку.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної проведено хворому?
2. Сформулюйте діагноз.

Задача 21

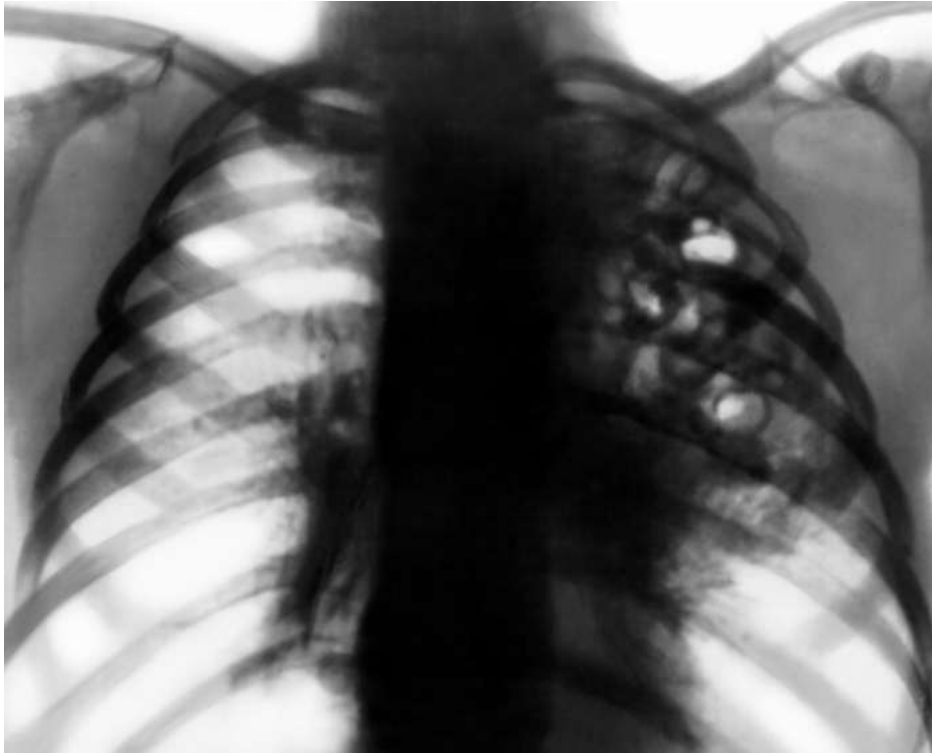
Хворий Б., 1 рік

Скарги: кашель малопродуктивний і сухий, частий, протягом доби, фебрильна температура, зниження апетиту, млявість, адінамія.

Анамнез хвороби: вважається хворим 5 днів.

Об'єктивно: стан важкий, Т тіла $38,6^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 130 уд. у хв., ЧД – 38 у хв., периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання над легеньми жорстке, над верхньою долею справа перкуторно – притуплення звуку, аускультативно – крепитуючі хрипи, над іншою поверхнею легень – розсіяні свистячі і вологі хрипи, що змінюють локалізацію після кашлю. Тони серця приглушені, ритмічні.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітини.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 22

Хвора С., 11 років.

Скарги на дратівливість емоційну лабільність, порушення сну, на періодично виникаючий біль, переважно вночі. Дані скарги турбують протягом 2 років. Стан дитини погіршується в весняно-осінній період.

При огляді: дитина астеничної тіло будови, шкіряні покриви бліді, чисті. Язик обкладено жовтуватим нальотом. Тургор тканин помірно знижений. З боку серця та органів дихання патології не виявлено. Живіт доступно для глибокої пальпації, помірно болісний в пілородуоденальній ділянці. Печінка біля реберної дуги, селезінка не пальпується. Дефекація та сечовипускання не порушено.

Дані фіброезофагодуоденоскопії: Стравохід вільний. Слизова оболонка рожева. Шлунок звичайної форми. В ділянці дна шлунка середня кількість сірої напівпрозорого слизу. Слизова оболонка тіла та астрального відділу шлунка гіперемована. Слизова оболонка дванадцятипалої кишки набрякла, ярко-гіперемована, по задній та медіальній (нижній) стінках відмічаються численні краплинні крововиливи, не кровоточать, вкрити геморагічним

нальотом. Слизова оболонка за цибулинного відділу дванадцятипалої кишки гіперемована.



Питання:

1. Зробіть висновок згідно отриманим даним.
2. Які додаткові дослідження необхідні для верифікації діагнозу?

Задача 23

Хвора Г., 7 років

Скарги: кашель малопродуктивний, поганий сон, що переривається приступами кашлю, млявість.

Анамнез хвороби: вважається хворою 3 роки, загострення хвороби відзначається 2-3 рази на рік.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 36,6⁰С, ЧСС – 88 уд. у хв., ЧД – 28 у хв., периферичні лімфовузли до 0,8-1,0 см, безболісні, еластичні. Над легеньми перкуторно – коробковий відтінок звуку, аускультативно – жорстке дихання, сухі та вологі хрипи, що змінюють локалізацію після кашлю. Тони серця приглушені, ритмічні.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітки.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 24

Хворий А., 2-ий місяць життя.

Анамнез захворювання: Стан дитини тяжкий з моменту народження, обумовлений ураженням ЦНС на тлі внутрішньоутробної гіпотрофії. Народився від 5 вагітності, яка перебігала на тлі гестозу, анемії, загрози викидню. На 2 добу життя з'явилася жовтяниця. Вигодовувався через назогастральний зонд. Знаходився на лікуванні у відділенні патології новонароджених. Погіршення стану дитини 3 дні тому після перенесеної вірусної інфекції.

Об'єктивно: Реакція на огляд у вигляді гримаси «невдоволення», гіпорексія та м'язова гіпотонія. Над легеньми дихання пуерильне. Тони серця приглушені, ритм не порушено. Прояви гепатоспленомегалії. Серологічно встановлено підвищений рівень антигерпетичних імуноглобулінів класу G та M. На основі даних клініко-параклінічного досліджень встановлено діагноз внутрішньоутробної цитомегалосвірусної інфекції.

Дані інструментального дослідження:
передні роги латеральних шлуночків -18 мм;
третій шлуночок – 17 мм;



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження проведено дитині?
2. Які патологічні зміни встановлені у дитини?

Задача 25

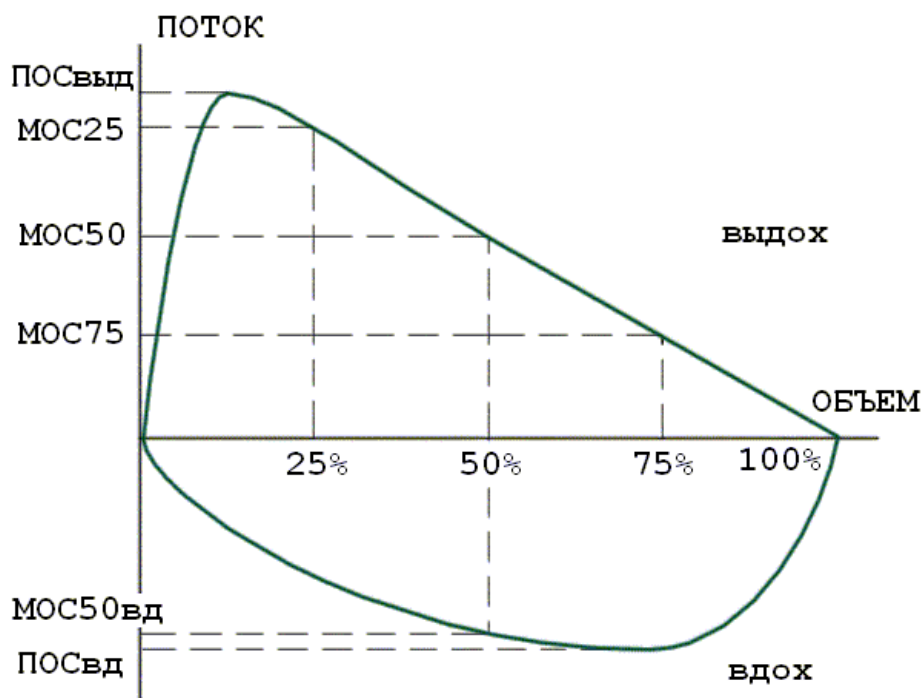
Дитина 9 років скаржиться на постійний вологий кашель, млявість. У 4-х річному віці перенесла сегментарну пневмонію, лікувалася амбулаторно симптоматичними заходами. Після цього 3-4 рази на рік хворіє пневмоніями. Об'єктивно: притуплення перкуторного звуку під кутом лопатки, там же ослаблене дихання, дрібно міхурцеві хрипи. Проведено оцінку функціонального стану зовнішнього дихання:

ЖЄЛ – 63 % від норми

ФЖЄЛ – 85 % від норми

ОФВ1 – 88 % від норми

Індекс Тиффно (ОФВ1/ЖЄЛ) – 120 % від норми



Питання:

1. Як Ви оцінюєте результати отриманих даних?
2. Які можливі причини виявлених змін функції зовнішнього дихання?

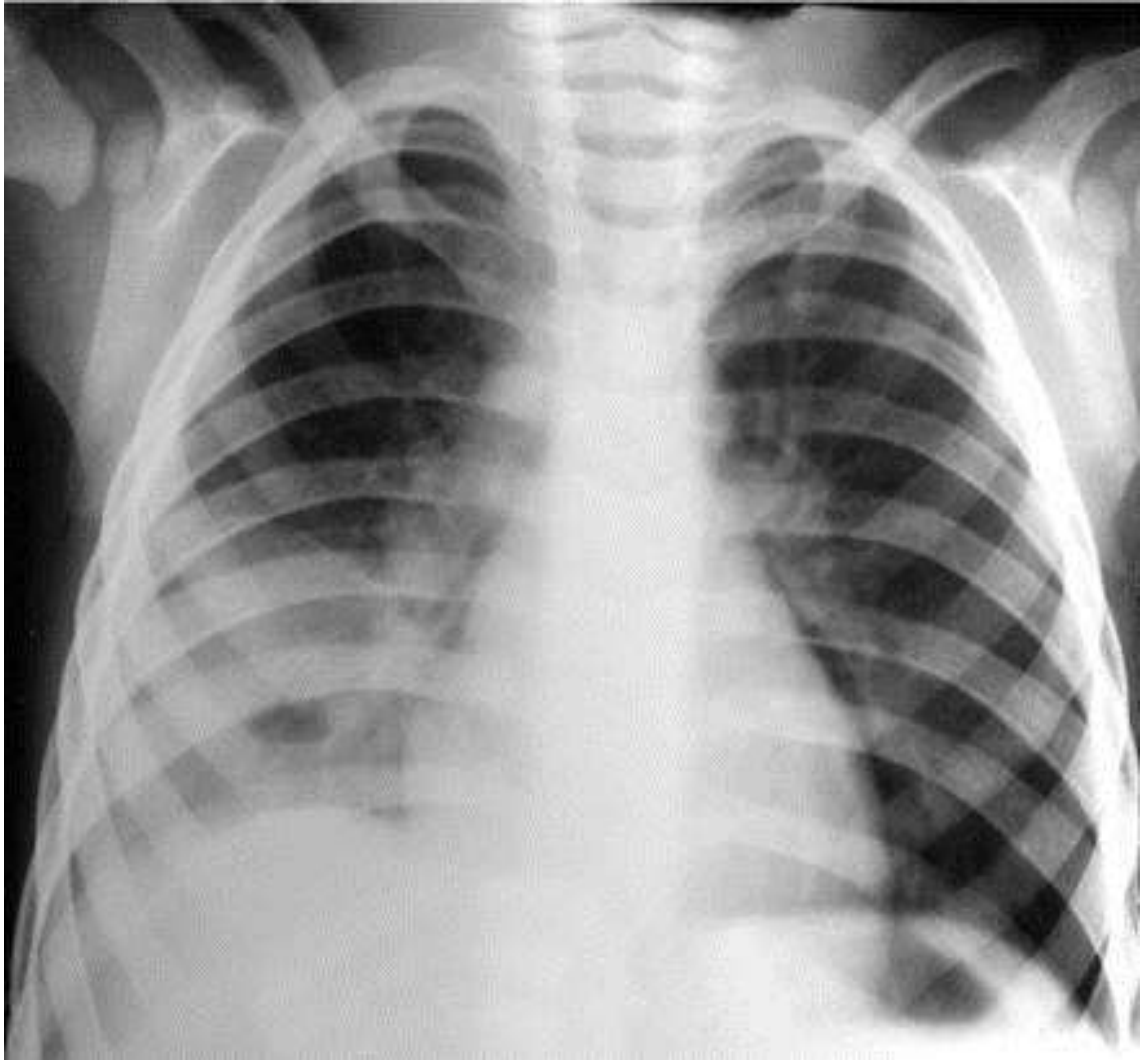
Задача 26

Хворий С., 7 років

Скарги: кашель малопродуктивний, біль у грудній клітці, задишка, поганий сон, що переривається приступами кашлю, млявість, фебрильна температура, зниження апетиту, адінамія.

Анамнез хвороби: вважається хворим 7 днів

Об'єктивно: стан важкий, Т тіла 38,6⁰С, ЧСС – 142 уд. у хв., ЧД – 32 у хв. Відставання правої половини грудної клітини в акті подиху. Над нижньою долею справа перкуторно притуплення звуку, аускультативно – жорстке дихання, крепетуючі хрипи з двох сторін. Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітки.

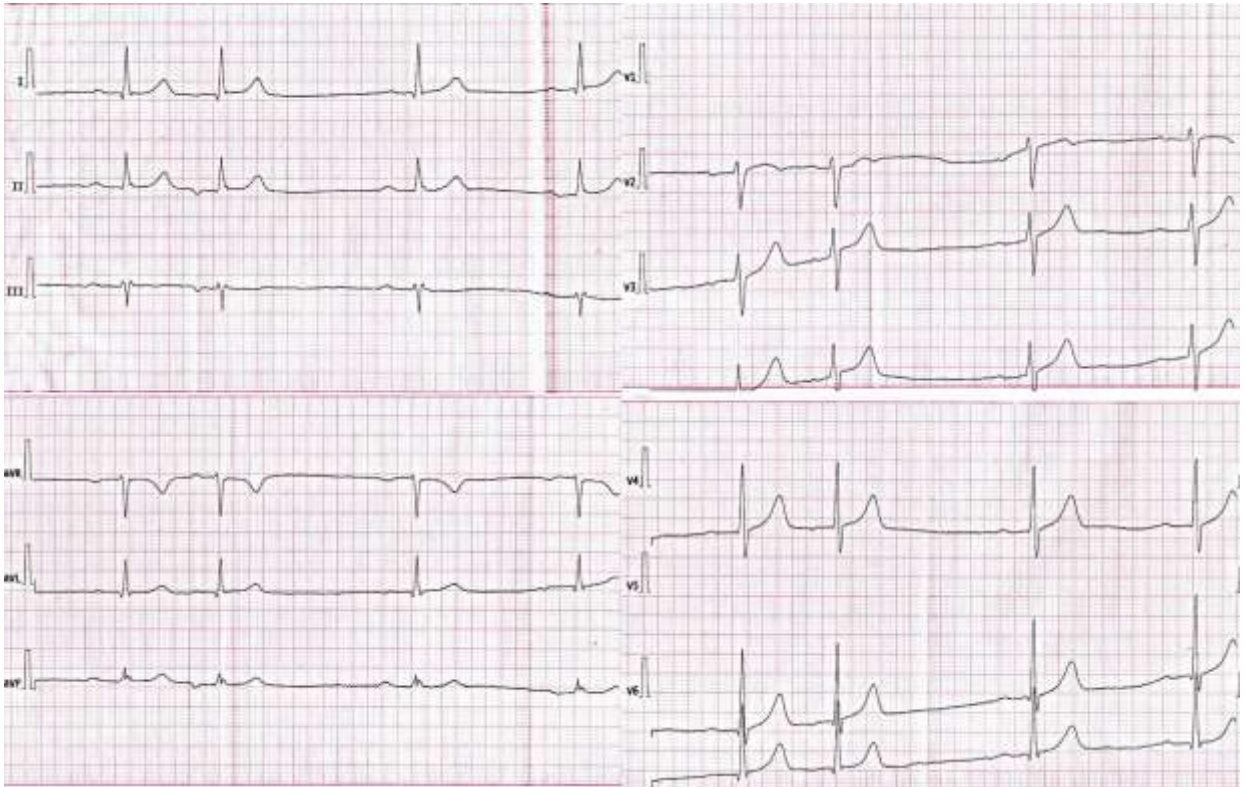


Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 27

Хлопчик, 13 років. Скаржиться на болі в ділянці серця, відчуття серцебиття. Границі серця не розширені. При аускультації тони серця приглушені, ритм неправильний. Проведено інструментальне дослідження:



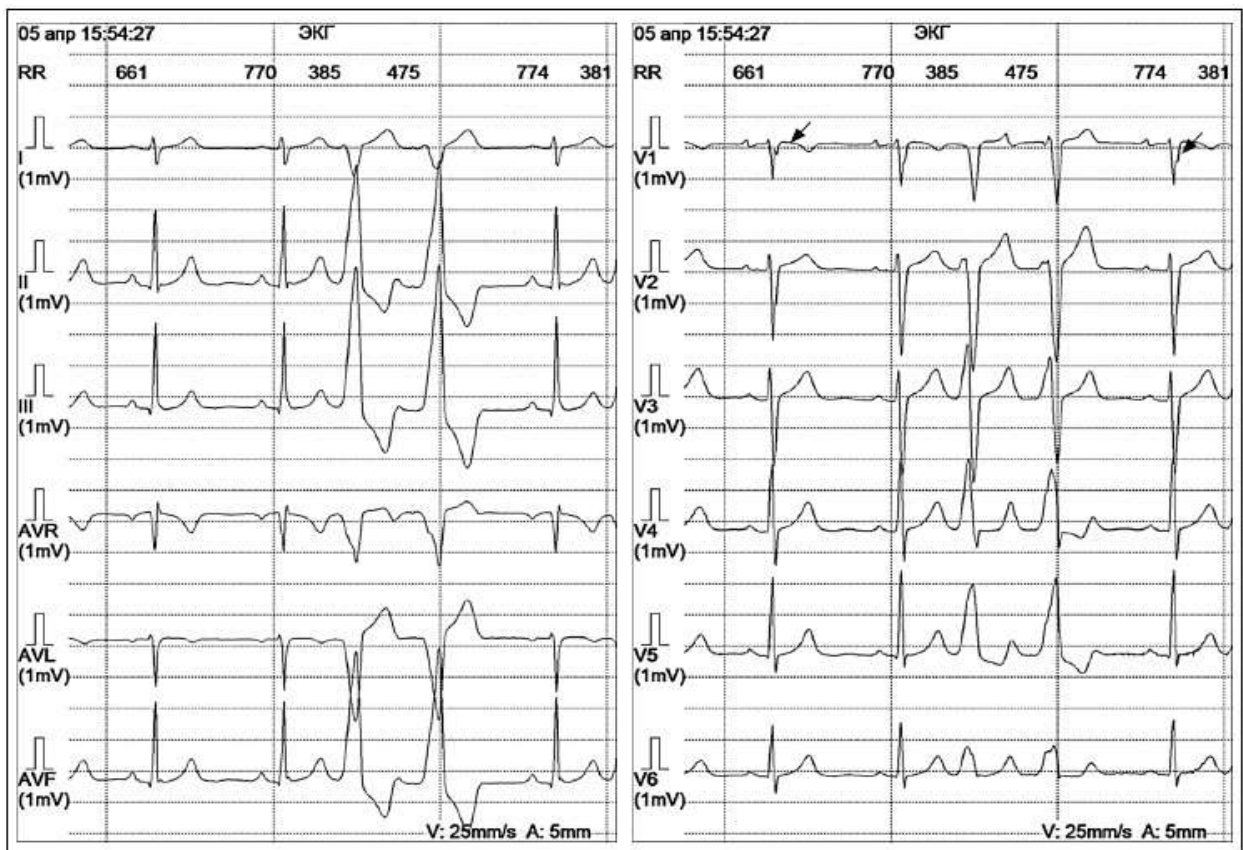
Питання:

1. Який інструментальний метод дослідження було використано?
2. Проведіть оцінку отриманих даних.

Задача 28

У дівчинки 14 років на тлі хронічного тонзиліту, гаймориту з'явилися відчуття перебоїв в ділянці серця і додаткових пульсових ударів. Об'єктивно: серцеві тони аритмічні, звучні, чисті. ЧСС – 84-94 уд/хв., АТ - 100/55 мм рт. ст.

Проведено ЕКГ-дослідження (додається)

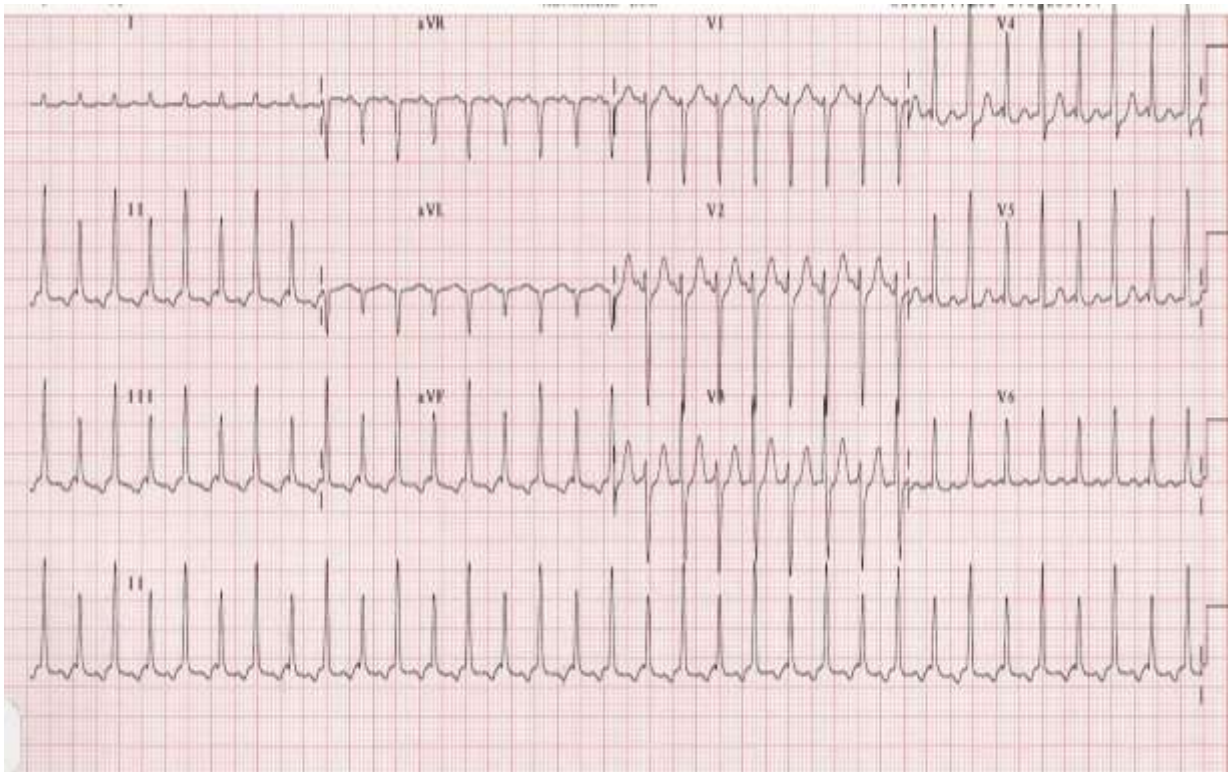


Питання:

1. Проведіть оцінку отриманої ЕКГ.
2. Вкажіть характер виявлених змін.

Задача 29

У 15-літньої дівчини гостро виник приступ серцебиття, що супроводжується нудотою, запамороченням, загальною слабкістю. Об'єктивно: серцеві тони приглушені, тахікардія до 200 ударів за хвилину. Проведено ЕКГ-дослідження (подається)

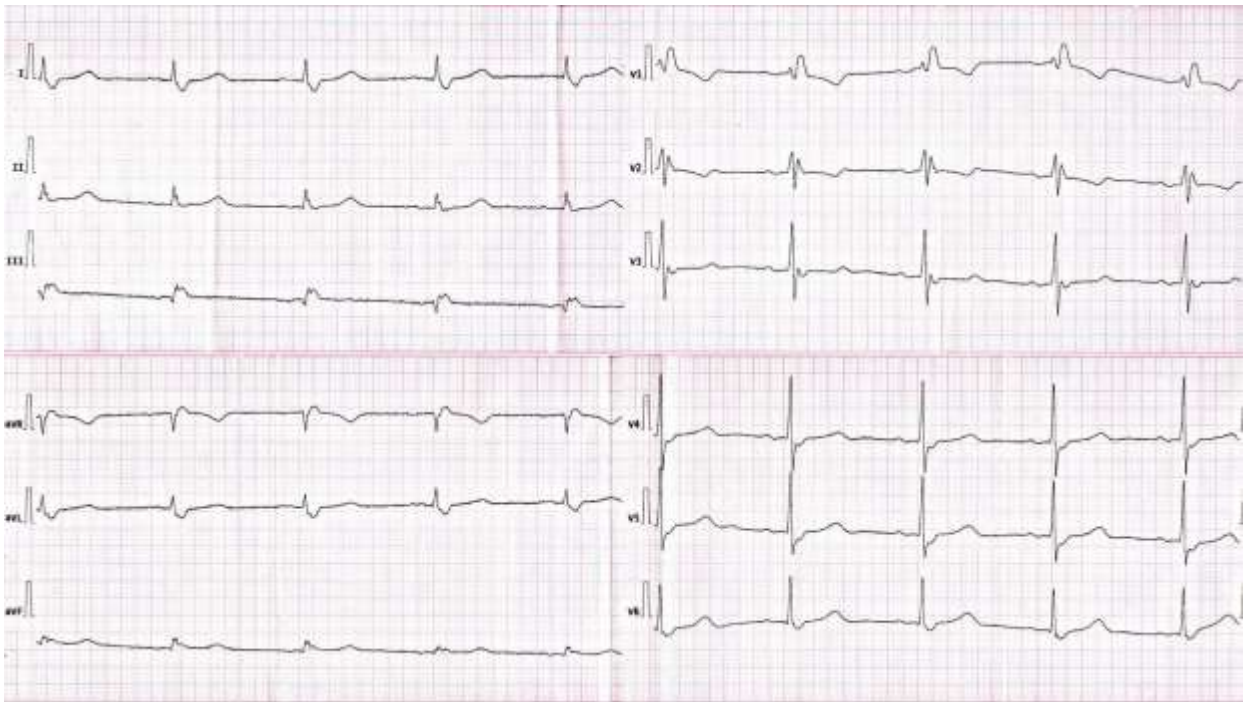


Питання:

1. Який вид порушень ритму серця представлено на ЕКГ?
2. Що свідчить на користь виявлених Вами змін?

Задача 30

Дівчинка 13 років скаржиться на періодичний біль в ділянці серця колючого та ниючого характеру. Часто хворіє на ГРВІ. У дошкільному віці зроблена аденоtonsилектомія. При об'єктивному обстеженні границі серцевої тупості не зміщені. АТ 110/70, ЧСС – 92 в 1 хв. Тони серця ритмічні, звучні. Вислуховується систолічний шум м'якого тембру з максимумом вислуховування на верхівці серця, котрий не проводиться за його межі і в вертикальному положенні помітно зникає. Проведено інструментальне дослідження (додається)

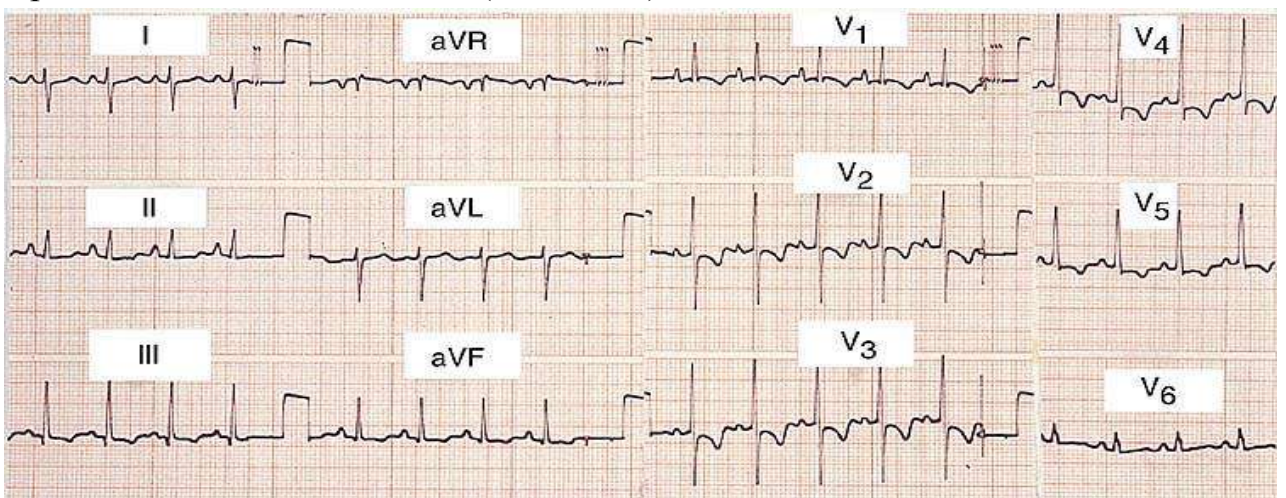


Питання:

1. Який інструментальний метод дослідження було використано?
2. Проведіть оцінку отриманих даних.

Задача 31

Хлопчик, 14 років скаржиться на швидку втомлюваність, слабкість, задишку при фізичному навантаженні, періодичний біль в ділянці серця колючого та ниючого характеру. При об'єктивному обстеженні границі серцевої тупості зміщені вліво на 1 см, Тони серця ритмічні, приглушені. Вислуховується систолічний шум м'якого тембру на верхівці та в 5 точці. Проведено ЕКГ-дослідження (додається)



Питання:

1. Проведіть оцінку отриманої ЕКГ.
2. Вкажіть характер виявлених змін.

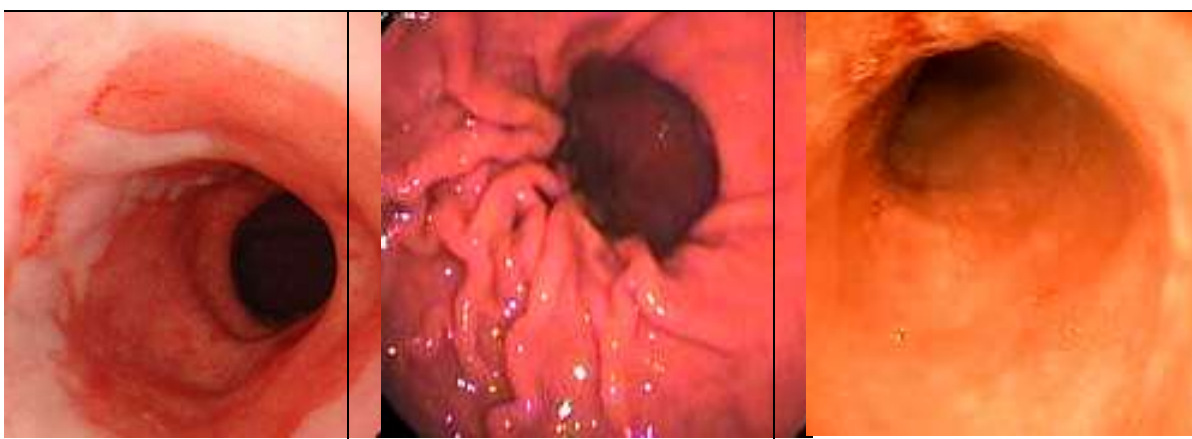
Задача 32

Хворий к., 8 років.

Скарги на періодичні болі в животі. Дані скарги турбують протягом 6 місяців.

При огляді: дитина звичайної тілобудови, шкіряні покриви бліді, чисті. Язик обкладено білим нальотом. З боку серця та органів дихання патології не виявлено. Живіт доступно для глибокої пальпації, помірно болісний в епігастральній та пілородуоденальній ділянках. Печінка біля реберної дуги, селезінка не пальпується. Дефекація та сечовипускання не порушено.

Дані фіброезофагодуоденоскопії: Стравохід вільний. Слизова оболонка ярко-гіперемована в нижній третині. Нижній сфінктер змикається неповністю. Слизова оболонка складок гіперемована. Шлунок звичайної форми. Перистальтика посилена. В ділянці дна шлунка середня кількість сірого напівпрозорого слизу. Слизова оболонка шлунка у всіх відділах ярко-гіперемована з ділянками накладання білого слизу, який важко змивається водою. Привратник спазмований. Слизова оболонка цибулини дванадцятипалої кишки гіперемована.



Питання:

1. Зробіть висновок згідно отриманим даним.
2. Які додаткові дослідження необхідні для верифікації діагнозу?

Задача 33

Дівчинка 11 років скаржиться на постійний кашель з виділенням зеленуватого харкотиння, задишку при фізичному навантаженні. Вперше захворіла у віці 1 рік 8 місяців двосторонньою пневмонією, яка мала затяжний перебіг. В подальшому спостерігались рецидиви хвороби 5-6 разів на рік, в періоди ремісії стійко утримувався вологий кашель. Проведено інструментальне дослідження.



Питання:

1. Яке дослідження проведено дитині?
2. Оцініть отримані результати.

Задача 34

Хворий Д., 7 років

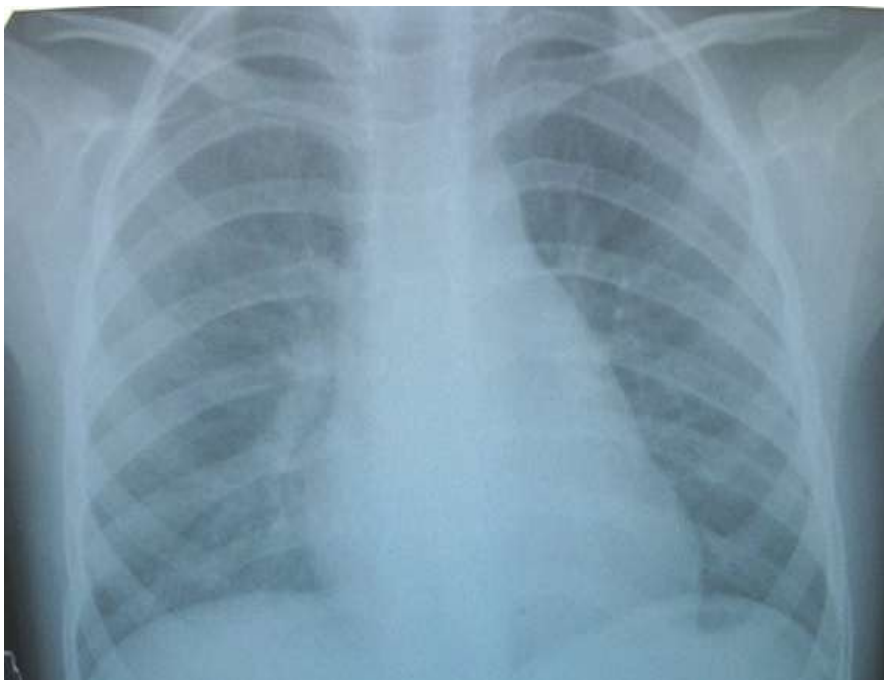
Скарги: нежить, кашель продуктивний, частий, протягом доби, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: хворіє 5 днів.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС – 90 уд. у хв., ЧД – 28 у хв., периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання над легенями

жорстке, вологі дрібно і середньопузирчасті, розсіяні хрипи, що змінюють локалізацію після кашлю. Тони серця приглушенні, ритмічні.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітини.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 35

Хворий Д., 8 міс.

Скарги: зниження апетиту, ціаноз носо-губного трикутника при занепокоєнні, млявість, зригування, субфебрильна температура.

.Анамнез хвороби: хворіє 7 днів, раніше часті ГРВІ.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, під час якої мати перенесла ГРВІ, фізіологічних пологів, слабкість родової діяльності, родостимуляція.

Об'єктивно: стан важкий, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС - 164 уд. у хв., ЧД – 42 у хв. Дихання над легенями пуерильне, тони серця глухі, аритмічні, систолічний шум на верхівці серця.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітки.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 36

Хворий П., 12 міс.

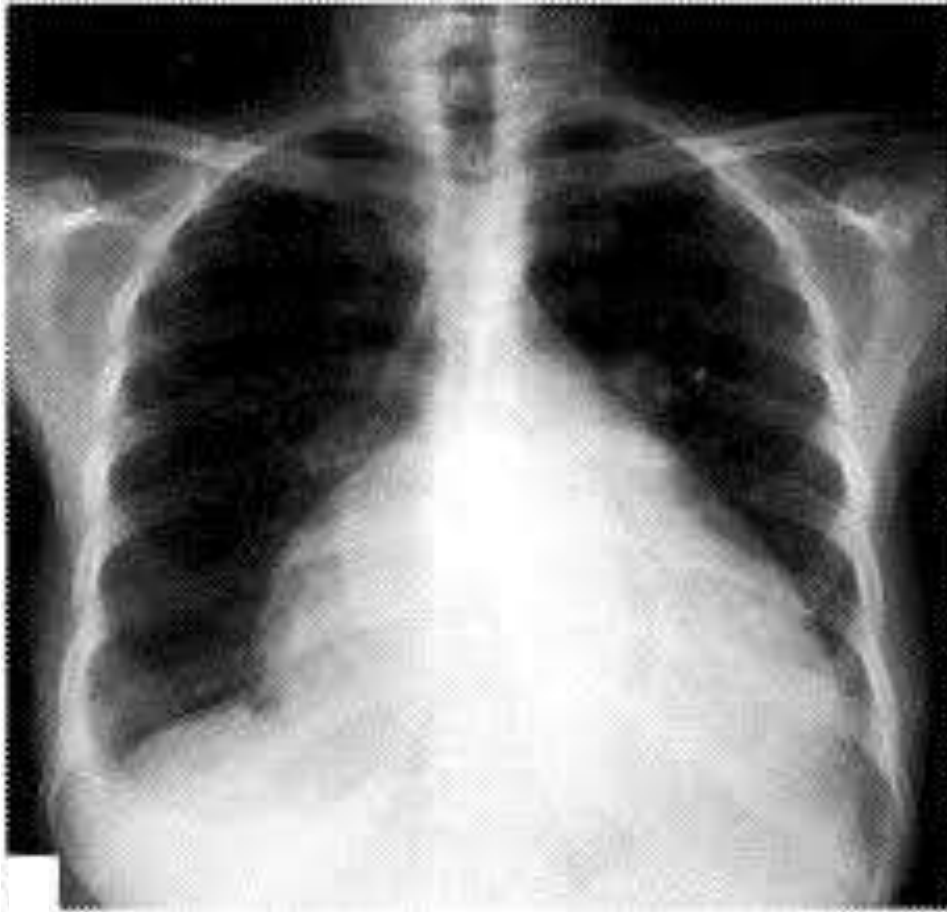
Скарги: зниження апетиту, ціаноз носогубного трикутника при занепокоєнні, млявість, задишка, зригування, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: хворіє 5 днів, раніше часті ГРВІ, отити.

Анамнез життя: від 1 доношеної вагітності, під час якої у матері лабораторно виявляли позитивні тести на TORCH-інфекції, фізіологічних пологів.

Об'єктивно: стан важкий, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС - 164 пошт./хв., ЧД – 42 за хв. Дихання над легеньми пуерильне, тони серця глухі, аритмічні, систолічний шум на верхівці.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної клітки.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенограмі органів грудної порожнини.
2. Встановіть діагноз.

Задача 37

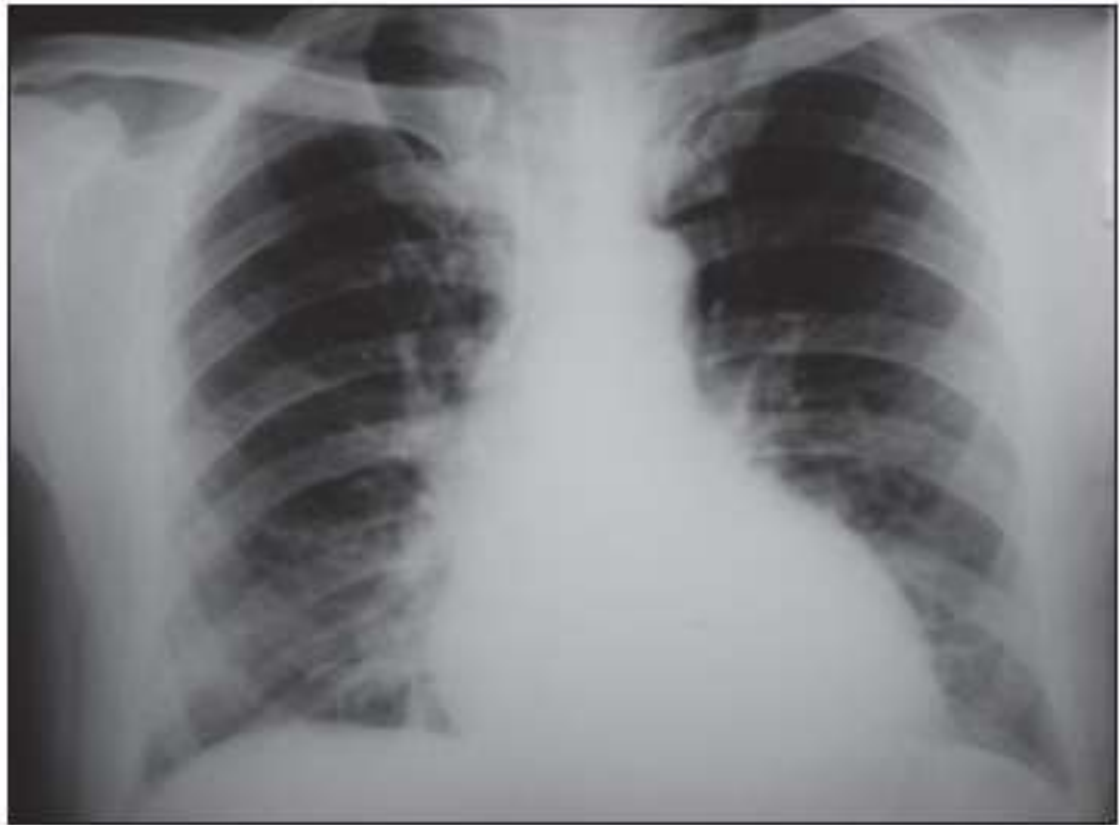
Хворий П., 1 рік 5 міс.

Скарги: зниження апетиту, ціаноз носогубного трикутника при занепокоєнні, млявість, задишка, субфебрильна температура.

Анамнез хвороби: хворіє 5 днів, захворювання почалося з проявів ГРВІ.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 37,6⁰С, ЧСС – 110 уд. / хв., ЧД – 30 у хв. Дихання над легеньми жорстке, аускультативно - розсіяні свистячі і вологі хрипи, що змінюють локалізацію після кашлю. Тони серця глухі, аритмічні, систолічний шум на верхівці.

Для діагностики патології хворому проведена рентгенографія органів грудної порожнини.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 38

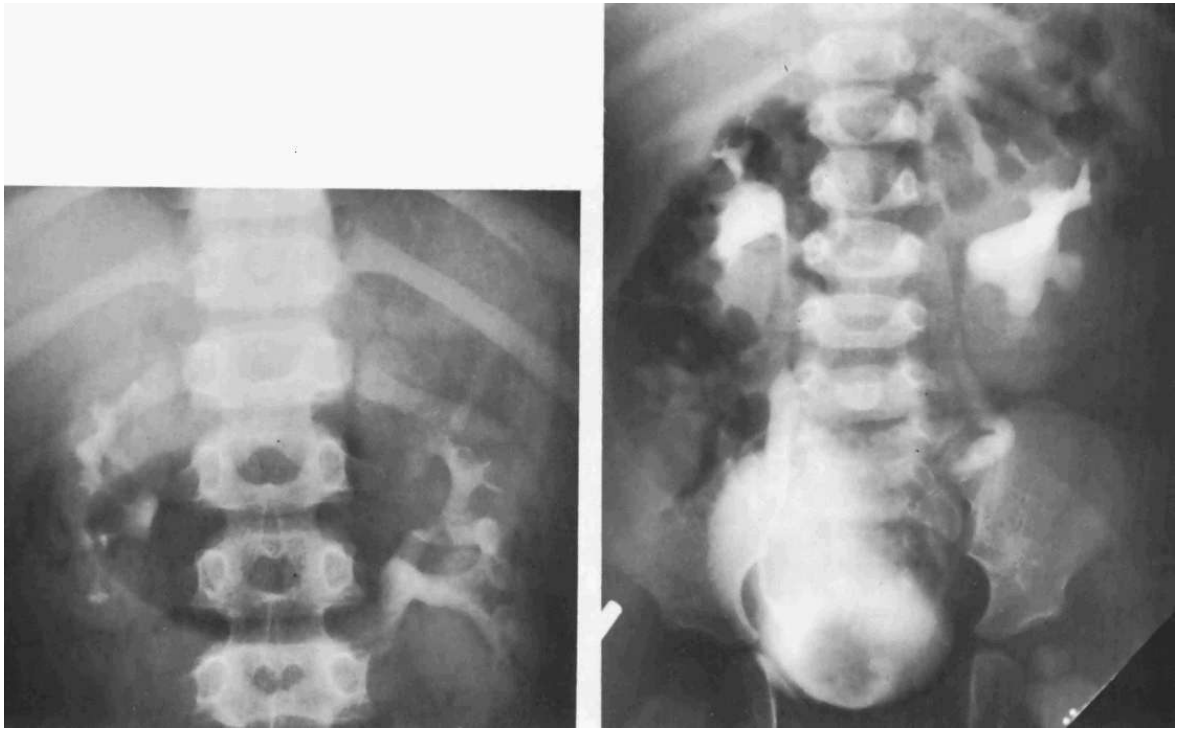
Хворий С., 5 років.

Скарги: зниження апетиту, помірна болючість при сечовипусканні, знижений апетит, періодичні підйоми температури тіла до субфебрильних цифр.

Анамнез хвороби: з 1 року періодично виявляється лейкоцитурія.

Об'єктивно: стан середньої важкості, Т тіла 37,0⁰С, ЧСС – 90 пошт./хв., ЧД – 22 у хв. Живіт м'який, неболючий. Симптом Пастернацького позитивний.

Для уточнення діагнозу хворому проведена рентгенографія органів сечовипускання.



Питання:

1. Дайте оцінку рентгенографічному знімку.
2. Встановіть діагноз.

Задача 39

Хвора З., 1-ий місяць життя.

Госпіталізована зі скаргами матері на виражений неспокій дитини, блювання, субфебрильну температуру тіла, неспокійний сон.

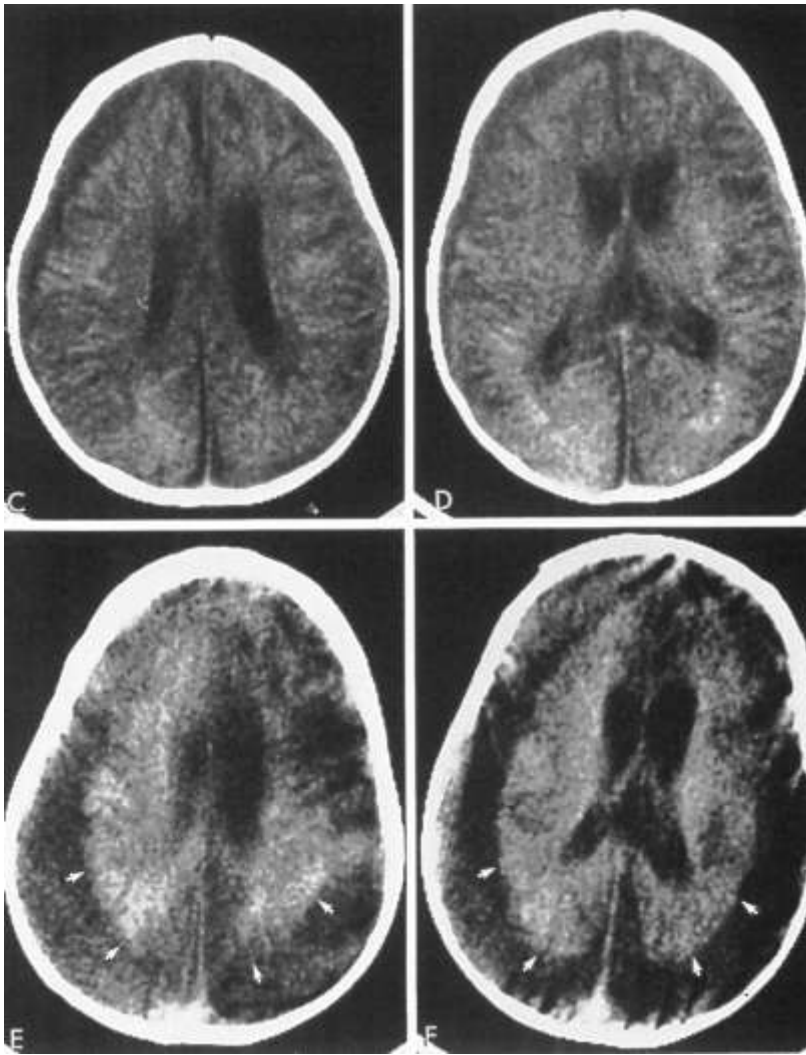
Об'єктивно: стан дитини порушено. Спонтані рефлекс Бабінського та Моро, тремор кінцівок. Велике джерельце 2,5 x 2,5 см, відкрите маленьке джерельце до 0,7 см, сагітальний шов до 0,5 см.

Інструментальний метод дослідження встановив наступні дані:

Бокові шлуночки симетричні – 16 мм;

ІІІ шлуночок – 9 мм;

Потоншення тканини головного мозку



Питання:

1. Який метод діагностики використано для визначення стану головного мозку?
2. Які патологічні зміни встановлено у дитини?

Задача 40

Дитині 9 років проведено дуоденальне зондування: порція “А” – золотисто-жовтого кольору, прозора, поодинокі лейкоцити; порція “В” – темно-оливкового кольору, прозора, слиз - в помірній кількості, лейкоцити - 2-3 в полі зору, лямблії - 5-7 в препараті; порція “С” – золотисто-жовтого кольору, прозора, слизу небагато, лямблій немає.

Питання:

1. Оцініть дані обстеження.

Задача 41

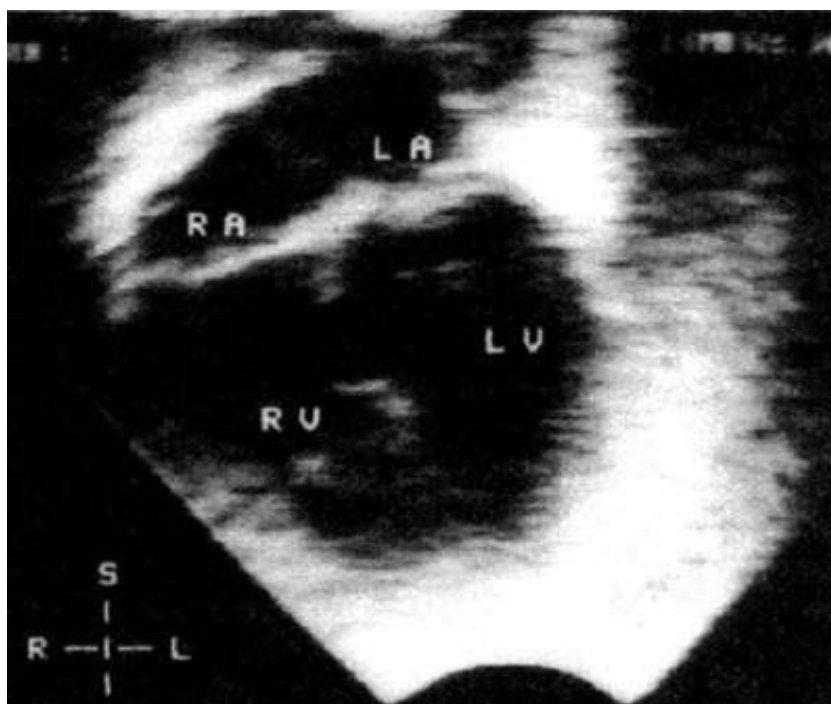
Хворий С., 1-ий місяць життя

Госпіталізований зі скаргами матері на наявність у дитини ціаноза шкіри, який збільшується після неспокою дитини, відсутність прибавки маси тіла.

Об'єктивно: Дитина правильної статури, зниженої маси тіла. Тургор та еластичність знижені. Пальпаторно у II міжребер'ї по лівому краю грудини визначається систолічне дрижання, там же вислуховується грубий систолічний шум. II тон у II міжребер'ї з двох сторін не вислуховується. Дихання жорстке.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи:

У міжшлуночковій перетинці відсутня мембранозна частина, дефект тканини 0,8 см, зброс крові зліва праворуч. Праві відділи серця збільшені. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночку. Аорта виходить з правого шлуночку. Легенева артерія звужена у всіх відділах до 6 мм, градієнт на легеневій артерії 56 мм рт ст.. Тиск в легеневій артерії 66 мм рт ст. Кровоток в брюшному відділі аорти пульсовий.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної системи проведено хворому?
2. На основі отриманих даних сформулюйте діагноз.

Задача 42

Хворий О., 7 років

Скарги: на швидку втомлюваність, задишку після фізичного навантаження.

Об'єктивно: Дитина відстає у фізичному розвитку. Шкіра бліда, периоральний та периорбітальний ціаноз, виражений ціаноз дистальних фаланг верхніх та нижніх кінцівок. Пальпаторно – систолічне дрижання в II міжребір'ї у лівого краю грудини. Там же вислуховується грубий систолічний шум.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи:

Клапанний стеноз легеневої артерії 1 ст. Тиск в легеневій артерії 32 мм рт ст.. Тиск в правому шлуночку 49 мм рт ст.. недостатність клапанів легеневої артерії 1 ст., праві відділи збільшені. Патологічних потоків крові в порожнині серця не виявлено.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної системи проведено хворому?
2. На основі отриманих даних сформулюйте діагноз.

Задача 43

Хворий В., 14 років

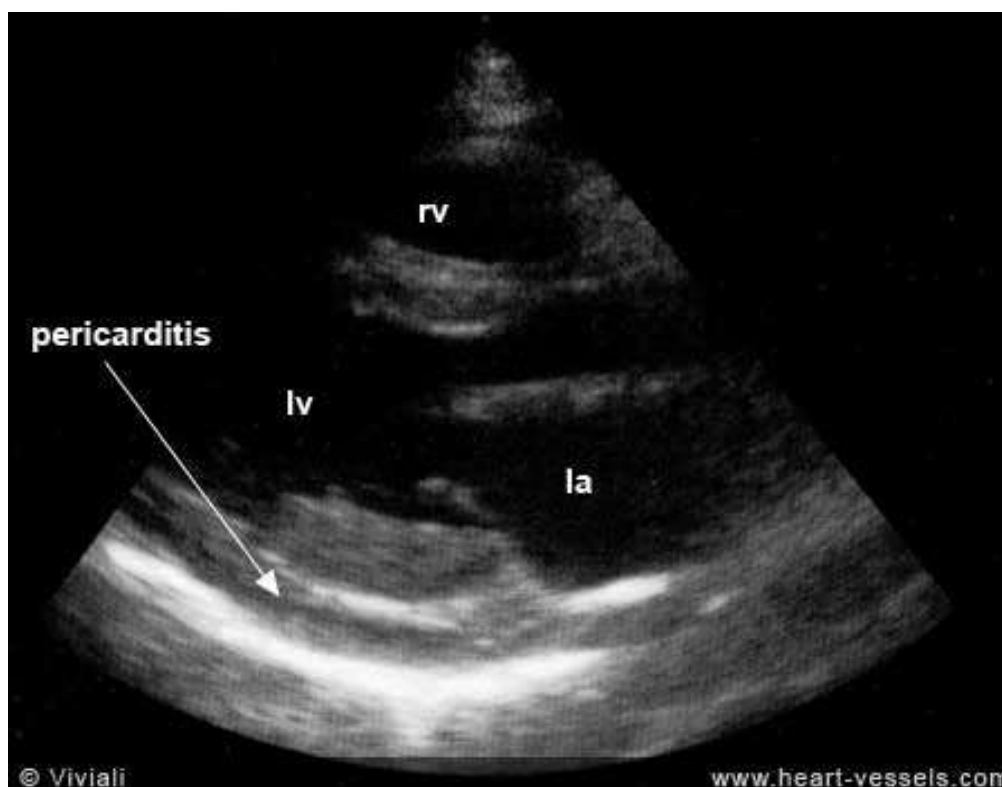
Скарги на погіршення загального стану, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, виражену пітливість, слабкість, болі у проекції серця, головну біль.

З анамнезу відомо, що 10 днів тому дитина перенесла лакунарну ангіну, антибактеріальну терапію приймала нерегулярно.

Об'єктивно: Дитина неспокійна, підскакує, займає змушене коліно-лікткове положення. Сон порушений. Під час огляду було блювання. Аускультативно: над всією поверхнею серця вислуховується шум тертя перикарда в у вигляді „хресту снігу”, який підсилюється при надавлюванні стетоскопом, а також у вертикальному положенні. Товчок на верхівці серця послаблений.

Дані проведеного інструментального дослідження серцево-судинної системи:

Такікардія. Співвідношення камер серця та крупних судів правильне. Міокард лівого шлуночку підвищеної щільності, стулки клапанів ущільнені. Діастолічна дисфункція міокарду лівого шлуночку. В порожнині перикарда рідина по задній стінці 4,5 см., на верхівці 3,5 см., праворуч 2,6см, листки перикарда щільні. Тиск в легеневій артерії 50 мм рт ст.



Питання:

1. Який метод інструментального дослідження серцево-судинної системи проведено хворому?
2. На підставі отриманих даних сформулюйте діагноз.

Задача 44

Новонароджений у віці 3 днів. Виражене жовтяничне забарвлення шкірних покривів, темна сеча, з народження – ахолічний колір калових мас. У віці 2-х тижнів спостерігається здуття живота, розширення венозної сіті, асцит.

На УЗД:

Значне збільшення загальної жовчної протоки, жовчний міхур не візуалізується.



Питання:

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження необхідно призначити?

Задача 45

Дитині 7 років, спостерігається нудота, підвищення температури до субфебрильних цифр, біль у правому підребер'ї.

При проведенні інструментального методу дослідження встановлено, що стінка жовчного міхура потовщена, в просвіті візуалізується ЕХО - позитивне утворення.



Питання

1. Який метод обстеження було використано?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які додаткові дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

Задача 46

Дитина 10 років, скарги на біль у правому боці, прискорене сечовипускання, сеча кольору м'ясних помиїв.

На УЗД МВС: У правій нирці виявляється ехопозитивне утворення з тіньовою доріжкою.



Питання

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте додаткові обстеження.

Задача 47

Дитина 4 роки, є виражені клінічні ознаки нервово–артритичної аномалії конституції. У сечі – виражена уратурія і оксалурія.

При інструментальному дослідженні нирок визначається синдром “білих пірамід”.



Питання

1. Який метод дослідження застосовано?
2. Які додаткові методи обстеження необхідно призначити?

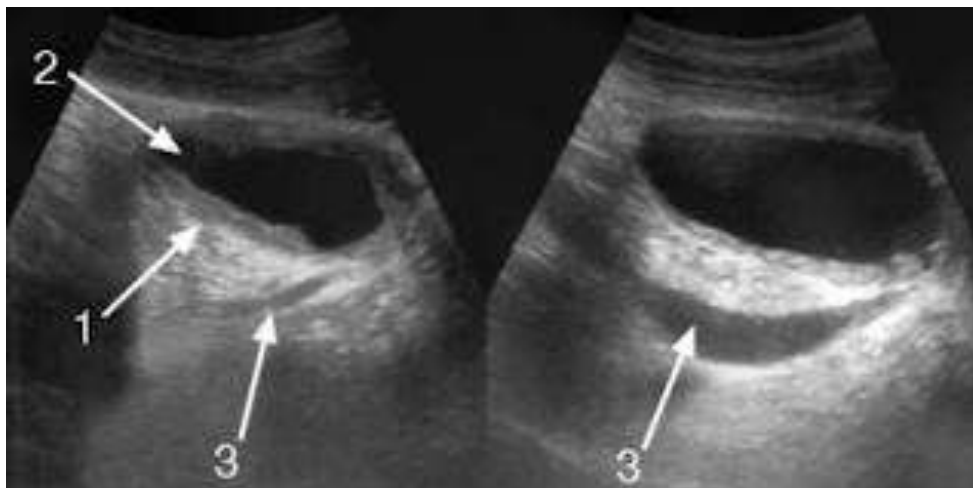
Задача 48

На прийомі у педіатра батьки дитини 7 місяців скаржуться на особливості в розвитку: сидить, не стоїть, зубів не має, не лепече, маса тіла 6 кг, зріст 60 см (маса при народженні 3 кг, зріст 50см). Чи відповідає розвиток дитини його віку?

Задача 49

Дитині 6 років. Скарги на болі при сечовипусканні, дизуричні явища.

При інструментальному дослідженні сечовивідної системи встановлено, що стінка сечового міхура значно потовщена.



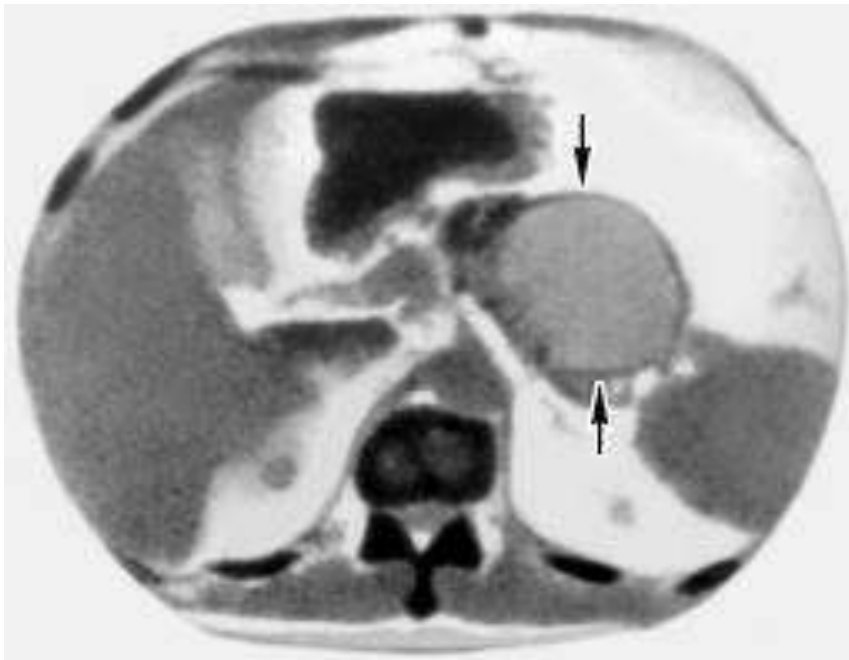
Питання

1. Який метод інструментального дослідження використано?
2. Сформулюйте попередній діагноз?
3. Які додаткові обстеження слід призначити для уточнення діагнозу?

Задача 50

Дівчинці 12 років –при пальпації відзначено збільшення щитовидної залози до 2а ступеня, ущільненої консистенції.

При додатковому дослідженні щитовидної залози виявлено вузол в лівій частці в середній третині щитовидної залози



Питання

1. Який метод додаткового дослідження використано?
2. Призначте додаткові дослідження для встановлення остаточного діагнозу.

Задача 51

Дитині 13 років, щитоподібна залоза при пальпації збільшена в розмірах, щільної консистенції

При інструментальному дослідженні щитоодібної залози – велика кількість крупних вузлів в обох частках щитовидної залози.



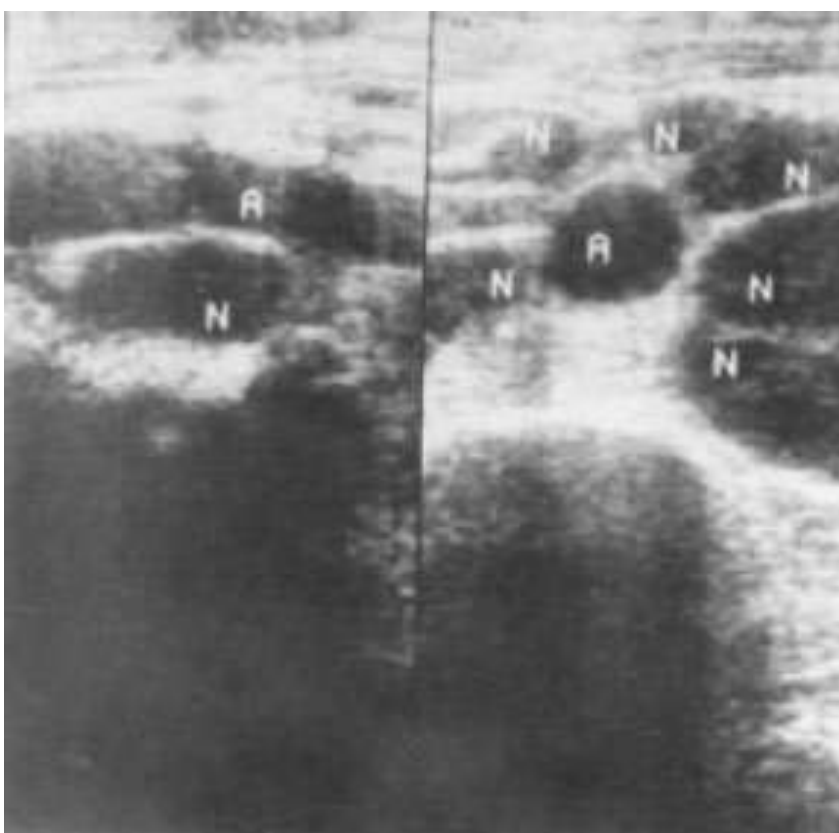
Питання

1. Який метод дослідження застосовано?
2. Встановіть попередній діагноз?

Задача 52

Дитині 7 років, високо лихоманить, блідість шкірних покривів, у гемограмі – до 40 % бластних клітин.

При інструментальному дослідженні черевної порожнини спостерігаються множинні різних розмірів, округлої форми ехонегативні утворення, розташовані зачервно .



Питання

1. Який метод дослідження застосовано?
2. Встановіть попередній діагноз
3. Яке дослідження дозволить верифікувати захворювання?

Задача 53

Дитині 2 роки. Маса тіла 10 кг (між 5-й і 10 перцентиліями). Довжина тіла – 81см (5-я перцентиль). Окружність голови 47 см (між 10-й і 25-й

перцентилями). Дитина доступна віковому контакту, але малоактивна. Температура тіла $36^{\circ}8\text{ C}$, ЧДР - 48/хв. ЧСС – 118/хв.

Питання:

1. Оцініть розвиток дитини.

Задача 54

Дитині 15 років - страждає ожирінням 3 ст. Госпіталізований з нападом гострих болей у правому підребер'ї.

При інструментальному дослідженні у просвіті жовчного міхура велика кількість крупних, ехощільних утворень.



Питання

1. Який метод дослідження застосовано?
2. Встановіть попередній діагноз.
3. Призначте додаткові дослідження.

Задача 55

Дівчинці 13 років. Гостро піднялася температура тіла до 38°C , болі при сечовипусканні, прискорене сечовипускання

При інструментальному дослідженні визначається значне ущільнення стінки сечового міхура, потрійний контур.



Питання

1. Який метод дослідження застосовано?
2. Про яке захворювання можна думати?
3. Призначте додаткові методи дослідження, що дозволяють уточнити діагноз

Задача 56

Хлопчик С., 10 років. Від 1 доношеної вагітності, ріс та розвивався нормально. Скарг не має, стан задовільний. З боку внутрішніх органів патологічних змін не має. Зріст дитини відповідає 5 коридору, маса тіла 3 коридору, окружність грудної клітки – 3 коридору.

Питання

1. Дайте оцінку соматотипу та гармонічності фізичного розвитку дитини.

ЗАДАЧІ З ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ

Задача 1

Хворий 15 років.

Скарги: на підвищення температури тіла до фебрильних цифр, біль у правій половині грудної клітки, сухий кашель, задишка у стані спокою.

Анамнез захворювання: вищевказані симптоми з'явилися 3 дні тому назад.

Об'єктивно: стан середнього ступеня важкості. Правий геміторакс відстає при диханні, від VI ребра до низу справа – притуплення перкуторного тону з переходом у тупість, дихання не вислуховується. При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки справа від 6-го ребра до діафрагми визначається інтенсивне гомогенне затемнення з косою верхньою границею. У другому сегменті лівої легені виявлено нечисленні мало інтенсивні вогнищеві тіні. Плевральна рідина: питома вага – 1020, серозна, слабо опалесцентна, білок - 50 г/л, лімфоцити – 80%, проба Рівальта – позитивна. Аналіз крові: Hb - 134 г/л, Л- $14,0 \times 10^9$ /л, е-5%, п-8%, с-31%, л-52%, м-4%, ШОЕ - 42 мм/год. На плечі два післявакцинальних рубчика - 6 і 4 мм. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л в 16 років - інфільтрат діаметром 15 мм. В попередні роки: до 7-ми річного віку – негативні реакції, в 8 років - 5 мм, в 9 років – 7 мм, в 10 років – 6 мм, в 11 років – 9 мм, в 12 років -12 мм, в 13-14 рр. – не проводилась.

Питання:

1. Поставте найбільш імовірний попередній клінічний діагноз.
2. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
3. Складіть план обстеження, визначте та проведіть диференціальну діагностику.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці. Чи були підстави у попередні роки для ретельного обстеження дитини?
5. Призначте лікування хворому

Задача 2

Дитина 4-х років

Скарги: на підвищення температури тіла до 37,3°C, кашель з харкотинням, погіршення апетиту, швидку втомлюваність.

Анамнез захворювання: 3 місяці тому зроблена проба Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат 17 мм, рік тому – 9 мм.

Об'єктивно: дитина зниженого харчування. Шкірні покриви бліді, пальпуються шийні та пахвиннілімфатичні вузли, еластичні, безболісні. Перкуторно у правій міжлопатковій ділянці притуплення легеневого звуку, аускультативно – жорстке дихання. В аналізі крові: Л - $11,0 \cdot 10^9$ /л, п - 9%, ШОЕ – 24 мм. В аналізі харкотинні кислото-стійкі бактерії не виявлено. На оглядовій рентгенограмі: корінь правої легені розширений, зовнішній контур його нечіткий, розмитий за рахунок гіперплазированих бронхопульмональних лімфовузлів.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
3. Визначте та проведіть диференціальну діагностику.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці.
5. Призначте лікування дитині

Задача 3

Дитина 6-ти років поступила до лікарні у важкому стані: температура: $38,0^{\circ}$ - $39,0^{\circ}$ С, частота дихання - 35 за хвилину, виражена задишка, сухий кашель. Із анамнезу відомо, що півроку тому у дитини був виявлений “віраж” туберкулінової проби, проте обстеження у фтизіатра не проходив.

Об'єктивно: дифузний ціаноз. Пульс – 140 ударів за хвилину. При перкусії - вкорочення легеневого звуку, при аускультатії - дихання везикулярне, ослаблене. Печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см. На оглядовій рентгенограмі впродовж легневих полів спостерігаються симетричні тіні діаметром 1-2 мм, малої інтенсивності з нечіткими контурами. Корені легень не змінені. Аналіз крові: Л - $17,0 \cdot 10^9$ /л, п-10%, л-16%, ШОЕ- 35 мм/год.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром.
2. Яку клінічну форму туберкульозу виявлено у дитини?
3. До якої категорії лікування слід віднести хворого?
4. Визначте та проведіть диференційну діагностику.
5. Визначте основні принципи лікування.

Задача 4

Хворий 11 років.

Скарги: на сухий надсадний кашель, підвищення температури тіла до 37,2-37,4°C, загальна слабкість, погіршення апетиту.

Анамнез захворювання: хворіє майже 2 місяці. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат діаметром 17 мм. У десять років проба Манту була негативною.

Об'єктивно: без патології. Аналіз крові в межах норми. Рентгенологічно: правий корінь безструктурний, розширений, випуклістю звернений назовні, зовнішній контур чіткий, поліциклічний. У харкотинні МБТ не виявлені.

Питання:

2. Визначте основний рентгенологічний синдром.
3. Яку клінічну форму туберкульозу виявлено у дитини?
4. Визначте та проведіть диференціальну діагностику.
5. Визначте основні принципи лікування.
6. Визначте профілактичні заходи, диспансерний нагляд.

Задача 5

Хворий 13 років поступив до дитячої лікарні.

Скарги: на підвищення температури тіла до 38,0°C, задишку, яка поступово зростала і зараз спостерігається у стані покою, сухий кашель, нічну пітливість.

Анамнез захворювання: занедужав гостро, близько 2 тижня тому. З анамнезу відомо, що батько дитини страждав на хіміорезистентний туберкульоз (резистентність до ізоніазиду, рифампіцину, стрептоміцину, протаміду), від якого він помер рік тому. Дитина інфікована з 6 років, після смерті батька була обстежена – змін на оглядовій рентгенограмі не виявлено. Реакція Манту в 12 років – 16 мм з везикулою в центрі.

Об'єктивно: стан хворого важкий, виражений ціаноз. Перкуторно над легеньми – легеневий звук з коробковим відтінком. Аускультативно - дихання жорстке, хрипи не вислуховуються. В аналізі крові: Л - $13,0 \cdot 10^9$ /л, п - 9%, ШОЄ – 34 мм/год. В аналізі харкотинні кислото-стійкі бактерії не виявлено. Рентгенологічно: впродовж обох легень, переважно у верхніх відділах, визначаються симетричні, множинні, дрібні вогнищеві тіні, малої інтенсивності, з нечіткими контурами. Проба Манту – реакція негативна.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Яке захворювання (клінічна форма і варіант) найімовірніше виявлено у хворого?
3. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
4. Яку схему етіотропної терапії слід призначити хворому?
5. Чи правильно здійснювались профілактичні заходи щодо дитини після смерті її батька? Чи були підстави для ретельного обстеження дитини?

Задача 6

Хворий 14 років.

Скарги: на кашель зі слизовим харкотинням до 50 мл на добу, підвищення температури тіла до 38,5°C, слабкість.

Анамнез захворювання: погіршення самопочуття спостерігається протягом двох тижнів. Контакт з хворими на туберкульоз не встановлено. На диспансерному обліку в протитуберкульозних закладах не спостерігався. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат 10 мм, во попередні два роки туберкулінодіагностика не проводилась. В 11 років – інфільтрат 14 мм, в 10 років – гіперемія 7 мм.

Об'єктивно: патології не виявлено. Аналіз крові: Л - $9,3 \cdot 10^9$ /л, п - 9%, ШОЄ – 25 мм/год. На оглядовій рентгенограмі у 6-му сегменті лівої легені визначається ділянка затемнення 4×4 см у діаметрі, малої інтенсивності, з нечіткими контурами і проясненням у центрі, у нижніх відділах лівої легені відмічаються мало інтенсивні тіні з нечіткими контурами різного розміру. Бактеріоскопічно у харкотинні виявлено кислото-стійкі бактерії.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Сформулюйте діагноз відповідно до клінічної класифікації.
3. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці. Чи були підстави у попередні роки для ретельного обстеження дитини?
5. Призначте комплексне лікування хворому.

Задача 7

Підліток 17 років.

Скарг не пред'являє.

Проходив медичну комісію на призовному пункті. Під час профілактичного флюорографічного обстеження у II сегменті правої легені виявлена ділянка затемнення округлої форми, малої інтенсивності, з нечіткими рівними контурами, до 3 см у діаметрі.

Об'єктивно: патології не виявлено. Аналіз крові: Л - $8,5 \cdot 10^9$ /л, п - 9%, ШОС – 31 мм/год. У харкотинні кислотостійкі бактерії не виявлено. Реакція Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат 14 мм, в минулому році – 9 мм.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Якою повинна бути тактика лікаря щодо діагностики і лікування хворого при відсутності кислотостійких бактерій у харкотинні?
3. З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?
4. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження
5. Дайте оцінку характеру туберкулінової чутливості.

Задача 8

Дитина 8-ми років

Скарги: на слабість, сухий кашель, підвищення температури тіла до $39,0^{\circ}\text{C}$.

Анамнез захворювання: мати відмічає погіршення стану дитини протягом 2-х тижнів. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат діаметром 16 мм. В попередні роки: в 1 рік - 5 мм, в 2 роки – 7 мм, в 3 роки – 6 мм, в 4 роки – 8 мм, в 5 років - 4 мм, в 6 років - 4 мм, в 7 років - 10 мм. Знак БЦЖ – 4 мм.

Об'єктивно: частота дихання – 26 за хвилину. Перкуторно над передньо-бічною поверхнею та нижче кута лопатки правої легені визначається притуплення легеневого звуку, аускультативно – дихання ослаблене. Рентгенологічно: у 3-му сегменті правої легені спостерігається неомогенне затемнення з проясненням 4×5 см малої інтенсивності з нечіткими контурами, корінь правої легені не диференціюється. В аналізі харкотиння виявлені МБТ.

Питання:

1. Поставте найбільш імовірний попередній клінічний діагноз.
2. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.

3. Складіть план обстеження, визначте та проведіть диференціальну діагностику.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці. Чи були підстави у попередні роки для ретельного обстеження дитини?
5. Призначте лікування хворому

Задача 9

У дитини 5-ти років раптово підвищилась температура тіла до 38,0°C, з'явилась слабкість, нездужання, кашель з харкотинням, відсутність апетиту.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді; наявні збільшені пахвові, над-та підключичні лімфатичні вузли. Пульс - 110 за хвилину. Справа, під ключицею, вислуховуються дрібнопухирчасті хрипи. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л - інфільтрат діаметром 14 мм; в 1 рік – 10 мм, в 2 роки – 8 мм, в 3 роки – 7 мм, в 4 роки - 7 мм. Знак БЦЖ -5 мм.

Аналіз крові: Л-10,2x10⁹/л, п-5%, л-20%, ШОЕ-25мм/год. У харкотинні МБТ не виявлено. Рентгенологічно: у верхній частці правої легені визначається затемнення з нечітким зовнішнім контуром, правий корінь не диференціюється.

Питання:

1. Якою повинна бути тактика лікаря щодо подальшого ведення хворої дитини при відсутності кислотостійких бактерій у харкотинні?
2. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
3. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження, проведіть диференційну діагностику.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці. Оцініть ефективність вакцинації БЦЖ
5. Призначте лікування дитині.

Задача 10

Хворого 16 років турбує слабкість, підвищення температури до 38, ГС, кашель з невеликою кількістю харкотиння.

Анамнез захворювання: погіршення самопочуття спостерігається протягом двох тижнів.

Об'єктивно: патології не виявлено. Аналіз крові: Л - 9,2x10⁹/л, лімфоцитів - 22%, ШОЕ – 25 мм/год.

На оглядовій рентгенограмі у 6-му сегменті лівої легені визначається ділянка затемнення 4x4 см у діаметрі, малої інтенсивності, з нечіткими контурами і проясненням у центрі, у нижніх відділах лівої легені відмічаються малоінтенсивні вогнищеві тіні з нечіткими контурами різного розміру. Бактеріоскопічно виявлено МБТ.

Хлопець навчається в індустріальному технікумі, проживає у гуртожитку.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Сформулюйте діагноз відповідно до клінічної класифікації.
3. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
4. Призначте комплексне лікування хворому.
5. Якою повинна бути тактика спостереження за контактними особами. Хто у даному випадку підлягає спостереженню як контактний?

Задача 11

Хворий 17 років.

Скарги: на виражену слабкість, підвищення температури до 39,0°C, пітливість в нічний час, відсутність апетиту, кашель з харкотинням, задишку при ходьбі. Вважає себе хворим близько 5 місяців тому, коли став відчувати підвищену стомлюваність, слабкість. За цей період схуднув на 5 кг. У 16-ти річному віці проходив планове флюорографічне обстеження – патології не виявлено. Ретроспективно – справа, під ключицею визначались одиночні дрібні вогнищеві тіні слабкої інтенсивності.

Об'єктивно: стан хворого тяжкий, зниженого харчування, шкірні покриви бліді, гарячі, вологі на дотик. Частота дихання - 30/хвилину. Над правою легенею, нижче ключиці, відмічається притуплення перкуторного звуку, ослаблене дихання. Над усією правою легенею вислуховується велика кількість вологих хрипів. Оглядова рентгенограма: у правій легені, від I ребра до діафрагми, визначається негомогенна інфільтрація легеневої тканини з ділянками прояснення. В лівій легені - множинні вогнища обсіменіння. В харкотинні МБТ+. Підліток із неповної малозабезпеченої сім'ї, яка мешкає в гуртожитку.

Питання:

1. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
2. Сформулюйте діагноз відповідно до клінічної класифікації.

3. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
4. Призначте комплексне лікування хворому.
5. Які причини несвоечасної діагностики захворювання? Визначте фактори ризику розвитку захворювання для даного хворого.

Задача 12

У хворої дівчинки 15-ти років впродовж тижня спостерігається підвищення температури до 38,0°C, виражена слабкість, кашель (іноді з харкотинням), задишка при ходьбі, відсутність апетиту.

Анамнез захворювання: вважає себе хворою близько 2-х місяців, коли стала помічати підвищену стомлюваність, погіршення апетиту, схуднення. Мати дівчинки хворіє на активну форму туберкульозу легень (МБТ+). За сімейними обставинами лікується амбулаторно, ліки приймає нерегулярно, у зв'язку з чим при останньому обстеженні виявлено негативну рентгенологічну динаміку, в харкотиннім методом посіву знайдені кислото-стійкі бактерії, резистентні до ізоніазиду, стрептоміцину. Дівчина регулярно проходила рентгенологічне обстеження, зміни були відсутні. З профілактичною метою отримувала ізоніазид на протязі 3-х місяців, один курс. У зв'язку зі скаргами була обстежена рентгенологічно, виявлені зміни.

Об'єктивно: Стан хворої дівчинки середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, параорбітальний ціаноз. Над легень перкуторний звук не змінений, при аускультатії - дихання везикулярне, ослаблене.

Аналіз крові: Л - $10,2 \times 10^9$ /л, п-9%, ШОЕ -38 мм/год. На оглядовій рентгенограмі впродовж всіх легень виявлено дрібні вогнищеві тіні (2 мм у діаметрі), малої інтенсивності, з нечіткими контурами. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л- негативна. У харкотинні бактеріоскопічним методом кислото-стійкі бактерії не виявлено.

Питання:

1. Якою повинна бути тактика лікаря щодо подальшого ведення хворої дитини при відсутності кислото-стійких бактерій у харкотинні?
2. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
3. Проведіть диференціальну діагностику, обґрунтуйте клінічний діагноз.
4. Дайте оцінку профілактичним заходам у вогнищі інфекції.
5. Призначте лікування дитині.

Задача 13

Хворий 14 років.

Скарги: на слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність.

Анамнез захворювання: погіршення самопочуття відмічає впродовж місяця.

Об'єктивно: дані об'єктивного і лабораторних досліджень без змін. Виявлений при профосмотрі у зв'язку з наростанням туберкулінової чутливості. На оглядовій рентгенограмі у S1, S2 правої легені виявлено тінь малої інтенсивності, розміром до 10 мм з розмитим контуром.

Із анамнезу відомо, що вперше інфікована МБТ 5 років тому, спостерігалась на обліку в протитуберкульозному диспансері, отримувала профілактичне лікування.

Проба Манту з 2 ТО ПІД-Л – інфільтрат 13 мм, в минулому році – 8 мм. При обстеженні сімейного оточення хворих не виявлено. В родині ще є два маленьких дітей – 8 і 3 років.

Питання:

1. Якою повинна бути тактика лікаря щодо подальшого ведення хворої дитини при відсутності кислото-стійких бактерій у харкотинні?
2. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
3. Проведіть диференціальну діагностику, обґрунтуйте клінічний діагноз.
4. Які профілактичні заходи серед контактних треба застосувати у разі підтвердження діагнозу туберкульозу.
5. Призначте лікування дитині.

Задача 14

Хворий 17 років.

Скарги: на слабкість, зниження апетиту, пітливість, субфебрильну температуру тіла, кашель зі слизово-гнійним, задишку, біль в правій половині.

Анамнез захворювання: вперше туберкульоз правої легені (інфільтративна форма) було виявлено 4 роки тому, систематично порушував режим лікування. У результаті у хворого розвинулась стійкість МБТ до ізоніазиду і рифампіцину. Спостерігався в протитуберкульозному диспансері нерегулярно. У зв'язку з погіршенням стану звернувся за медичною допомогою.

Об'єктивно: стан хворого середнього ступеню тяжкості. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання, при перкусії – вкорочення

звучу, аускультативно – розсіяні вологі різнокаліберні хрипи. Рентгенологічно: у верхній частці правої легені на фоні вираженого фіброзу визначається порожнина розпаду діаметром 4,0 см з перифокальним запаленням навколо, вогнищеві тіні різної інтенсивності в обох легенях. У харкотинні МБТ(+). Проба Манту – негативна.

Питання:

1. Сформулюйте діагноз відповідно до клінічної класифікації.
2. Що стало причиною прогресування туберкульозного процесу?
3. Визначте основний рентгенологічний синдром, схематично намалюйте рентгенограму.
4. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
5. Призначте комплексне лікування хворому.

Задача 15

Дитина 11 років

Скарги: на сильний біль у правому боці, що підсилюється при глибокому вдиху, кашлі, підвищення температури до 38,0-38,5°C, наростання задишки. В останні 2 дні біль зменшився.

Анамнез захворювання: погіршення стану відмічає на протязі тижня. Проба Манту з 2 ТО- 19 мм. В попередні роки – до 7 років – реакції негативні. В 8 років – 6 мм, в 9 років- 5 мм, в 10 років - 10 мм. Ревакцинований вакциною БЦЖ в 7 років. На лівому плечі - 2 післявакцинальних знаки – 4 і 5 мм.

Об'єктивно: Перкуторно справа, від IV ребра донизу, відмічається тупість, межі серця зміщені вліво. Дихання над правою легенею різко ослаблене, а над нижніми відділами не вислуховується. Рентгенологічно: відмічається гомогенне затемнення правої легені, від IV ребра донизу, органи середостіння зміщені вліво.

Питання:

1. Поставте найбільш імовірний попередній клінічний діагноз.
2. Призначте лабораторне та інструментальне обстеження.
3. Визначте та проведіть диференціальну діагностику.
4. Дайте оцінку характеру туберкульозної чутливості в динаміці, ефективності вакцинації і ревакцинації
5. Призначте комплексне лікування хворому.

Задача 16

Хворий Д., 15 років, студент 1-го курсу коледжу, госпіталізований в стаціонар протитуберкульозного диспансеру зі скаргами на слабкість, підвищену стомлюваність, схуднення, субфебрильну температуру. Анамнез хвороби: обстежений з приводу контакту з хворим на туберкульоз родичем. На лівому плечі є два післявакцинальних знаки - 4 мм і 9 мм. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л: в 11 років - папула 11мм, в 12 років - папула 9 мм, в 13 років - папула 10 мм, в 14 років - 8 мм, в 15 років - 15 мм. При дослідженні мокроти, промивних вод шлунку кислото-стійкі бактерії не виявлено. На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки в прямій проекції - тінь кореня лівої легені розширена, деформована, зовнішній контур розмитий, нерівний, у верхній долі лівої легені визначається фокусна тінь 1,5x2,5 см в діаметрі, середній інтенсивності, однорідна, з розмитими контурами.

Питання:

1. Який діагноз можна припустити на підставі цих даних?
2. Охарактеризуйте динаміку туберкулінових проб.
3. Намалюйте схематично рентгенограму.
4. Якій стадії процесу відповідають зміни на рентгенограмі?
5. Які профілактичні заходи необхідно провести серед контактних осіб?

Задача 17

Хвора Т., 15 років, перебувала на обліку в протитуберкульозному диспансері з приводу контакту з хворою на туберкульоз матір'ю. Зміни в легенях виявлені після проведення профілактичного рентгенологічного обстеження в диспансері з приводу контакту. Скарг не пред'являє. Реакція Манту з 2ТО - 17мм, минулого року - 10 мм. Стан задовільний, зниженого травлення. Методом прямої мікроскопії кислото-стійкі бактерії не знайдено. На оглядовій рентгенограмі органів дихання в 1-2-м сегментах правої легені на фоні посиленого легеневого малюнка визначаються одиничні тіні 7-10 мм низької інтенсивності з нечіткими контурами.

Питання.

1. Який діагноз можна припустити на підставі цих даних?
2. Дайте оцінку динаміці туберкулінової чутливості.
3. Якому рентгенологічному синдрому відповідають виявлені зміни. Замалюйте схематично рентгенограму.
4. Проведіть диференціальну діагностику захворювань з подібними змінами в легенях .
5. Призначте відповідне лікування

Задача 18

17-річний підліток звернувся до педіатра зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38°З, зниження апетиту, кашель з виділенням мокроти слизового характеру. Вважає себе хворим упродовж останнього місяця, коли відчув невмотивовану слабкість, з'явився непродуктивний кашель. За медичною допомогою не звертався, лікувався самостійно, без ефекту. Ревакцинований в 7 і 14 років. Має 2 післявакцинальні знаки – рубці 3 і 8 мм.

Об'єктивно: шкірні покриви і слизові оболонки звичайного кольору. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Перкуторно у підключичній області справа відзначається притуплювання легеневого звуку, аускультативно - дихання жорстке, при покашлюванні вислуховуються вологі дрібнопухчасті хрипи. Рентгенологічно: у верхній частці правої легені - затемнення з розмитими контурами, неоднорідної структури з ділянкою просвітлення, пов'язане запальною "доріжкою" із коренем правої легені, в нижніх відділах справа - декілька вогнищевих тіней. Ліворуч - без особливостей. Аналіз крові : еритроцити - $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 112 г/л, лейкоцити - $12,3 \times 10^9/\text{л}$, пал- 8%, ШОЄ - 25 мм/ч. У мокроті бактеріоскопічно кислото-стійкі палички не виявлені. Реакція Манту в попередні роки: з 1-14 років - негативні, у 15 років - негативна, у 16 років – 8 мм, у 17 років - 17 мм.

Питання:

1. Які додаткове дослідження необхідно провести для встановлення етіології захворювання?
2. Схематично замалуйте рентгенограму, визначите основні рентгенологічні синдроми. Які рентгенологічні дослідження необхідно виконати для уточнення характеру змін в легенях?
3. Дайте характеристику динаміці туберкулінових проб, зробіть висновок на момент останнього результату проби.
4. Визначите, чи були у дитини підстави для дообстеження за результатами проведеної туберкулінодіагностики в попередні роки?
5. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?

Задача 19

У дитини 6 років, що страждає на хронічний тонзиліт, з'явилися скарги на субфебрильну температуру в другій половині дня, поганий сон і апетит, підвищену дратівливість, стомлюваність, пітливість. Дитина відстає у фізичному розвитку. При фізичному обстеженні виявлені збільшені

периферичні лімфатичні вузли в 5 групах, 1-2 розмірів, щільні, безболісні. В загальному аналізі крові - еритроцити - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 105 г/л, лейкоцити - $4,3 \times 10^9$ /л, еоз - 3%, пал - 6%, сегм - 61%, лімф - 18%, мон - 12% ШОЕ - 13 мм/год. На оглядовій рентгенограмі ОГК і томограмі через корені легенів - норма. Контакт з хворим на туберкульоз не встановлений. Вакцинований на 3-й день після народження вакциною БЦЖ, знак - 5 мм. Динаміка туберкулинових проб: 1^й рік - 3 мм, 2^й рік - 8 мм, 3^й рік - 6 мм, 4^й рік - 10 мм, 5^й рік - 13 мм з везикулою, 6^й рік - 17 мм.

Питання.

1. Дайте оцінку характеру туберкулінових проб у динаміці, зробіть висновок на момент останнього результату проби.
2. Визначте, чи були у дитини підстави для дообстеження за результатами проведеної туберкулінодіагностики у попередні роки?
3. Який синдром є ведучим в клініці цього стану?
4. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
5. Визначте подальшу тактику ведення дитини (діагностики, лікування)

Задача 20

17-річний пацієнт скаржитися на задишку при незначному фізичному навантаженні, підвищення температури тіла до 38°- 39°С, сухий постійний кашель, виражене потовідділення уночі. Захворів поступово. При аускультатії над правою легенею дихання везикулярне, зліва в нижніх відділах різко послаблене. На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки в лівому гемітораксі до IV ребра виявляється гомогенне затемнення з верхньою косою межею, купол діафрагми і синуси не візуалізуються. Тінь серця дещо зміщена праворуч. На верхівці правої легені декілька вогнищ середньої інтенсивності з розмитими контурами. Проба Манту з 2 ТО – 14 мм з везикулою. В крові: Нв - 130 г/л, лейкоц. – $15,0 \cdot 10^9$ /л, е-3%, п-7%, с-70%, л-12%, м-8%, ШОЕ - 40 мм/год. У плевральній рідині: білок 35 г/л, проба Рівальта позитивна, серед клітин переважають лімфоцити, ексудат серозний.

Питання:

1. Які рентгенологічні синдроми описано? Схематично намалюйте рентгенограму.
2. Якому захворюванню, з найбільшою вірогідністю, відповідає дана рентгенологічна картина?
3. Проведіть диференційну діагностику.
4. Призначте лікування даному хворому.
5. Назвіть можливі залишкові зміни після вилікування.

Задача 21

17-річна хвора скаржиться на постійний сильний головний біль, високу температуру тіла, часту (до 3-хразів на добу) блювоту, що не приносить полегшення. Вважає себе хворою біля 3-хтижнів. Захворювання починалося поступово, з легкого головного болю, субфебрильної температури, нудоти. У віці 7 років пацієнтка хворіла на туберкульоз правого гомілковостопного суглоба, була вилікувана. Регулярно проходила диспансерний огляд.

При фізичному обстеженні: свідомість сопорозна, виражена ригідність потиличних м'язів, верхній симптом Брудзинського позитивний, косоокість, що розходиться, лівий кут рота опущений, язик нерухомий, ковтання порушено. У гемограмі: лейкоцити - $15 \cdot 10^9$ /л, п-10%, с-68%, л-11%, е-3%, м-8%, ШОЕ – 35 мм/год. У спинномозковій рідині: білок 3,0 г/л, при стоянні випадає фібринова плівка, цитоз до 600 кл/мл, переважно лімфоцитарного типу, глюкоза 1,6 ммоль/л, рідина прозора з легкою опалесценцією. Глікемія 4,8 ммоль/л. Реакція Манту з 2 ТО – негативна. В попередні роки: в 14 років - 7 мм, в 15 років – 12 мм, в 16 років – 15 мм з везикулою у центрі.

Питання

1. Який попередній діагноз?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Який період захворювання має місце в даний час?
4. Дайте оцінку характеру туберкулінових проб в динаміці. Про що свідчить негативна реакція в 17 років? Чи були підстави для ретельного дообстеження підлітка?
5. Призначте лікування даній хворій.

Задача 22

У 17-річного студента, майбутнього кондитера, при профілактичному огляді перед проходженням практики виявлено кулястий утвір в S_{1-2} лівої легені діаметром 3,5 см з чіткими контурами і серпоподібним просвітленням у нижньомедіальному відділі, навколо – множинні вогнища високої інтенсивності з чіткими контурами. Скарг не пред'являє. Рутинне загальноклінічне обстеження патологічних змін не виявило. У 12-тирічному віці спостерігався в протитуберкульозному диспансері з приводу «віражу» туберкулінової проби, призначене профілактичне лікування не отримував через відмову батьків.

Питання

1. Складіть алгоритм подальшого обстеження пацієнта.

2. Чи може студент бути допущений до практики до завершення обстеження?
3. Назвіть клінічну форму туберкульозу, котрій можуть відповідати виявлені рентгенологічні зміни. Схематично намалуйте рентгенограму.
4. Які ще захворювання можуть виявлятися подібними рентгенологічними змінами?
5. Яке лікування слід запропонувати хворому у випадку, якщо у нього підтвердиться діагноз туберкульозу легенів?

Задача 23

16-річний підліток скаржиться на слабкість, втрату ваги, підвищення температури тіла до 37,5-38,0°C, кашель зі слизовим харкотинням, що зрідка містить прожилки крові. Вважає себе хворим біля 2-х місяців. При фізичному обстеженні: притуплення перкуторного звуку і ослаблене дихання в міжлопатковому просторі справа. Справа над лопаткою вологі хрипи. На лівому плечі два післявакцинальних знака – 4 і 3 мм, реакція Манту – сумнівна. Динаміка туберкулінових проб у попередні роки: з 1 до 7 років р. Манту – негативні; 8^й рік – 11 мм, 9^й – 12 мм, 10^й – 10 мм, 11^й – 5 мм, 12^й – 5 мм, 13^й – 2 мм, 14^й – 9 мм, 15^й – 15 мм. Клінічний аналіз крові: Нв - 110 г/л, лейкоц. – $12,9 \cdot 10^9$ /л, е-3%, п-4%, с-67%, л-18%, м-8%, ШОЕ - 32 мм/год. На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки справа у верхніх відділах легеневого поля тінь до 3,5 см в діаметрі, середньої інтенсивності, з нечіткими, розмитими контурами і просвітленням до 1,5×1,2 см, навколо безліч вогнищевих тіней. В попередній рік, у віці 15 років, флюорографічне обстеження не проходив. На обліку в протитуберкульозному диспансері не спостерігався.

Питання

1. Яке дообстеження треба призначити хворому для визначення діагнозу захворювання?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Який рентгенологічний синдром виявлено у хворого? Схематично намалуйте рентгенограму.
4. Дайте оцінку характеру туберкулінових проб в динаміці. Визначте момент первинного інфікування. Про що свідчить сумнівна реакція в 16 років?
5. Визначте дефекти у проведенні профілактичних заходів щодо раннього виявлення і профілактичного лікування хворого.

Задача 24

Дитина, 4 року. Спостерігався фтизіопедіатром як контактний з вітчимою, хворим на туберкульоз (МБТ+), а також з приводу "віражу" туберкулінової проби" з грудня 2011 р. Обстежувався в райтубдиспансері в 04.2012 після завершення 3-х місячного курсу превентивного лікування двома протитуберкульозними препаратами - патології не виявлено.

Стан дитини погіршався влітку 2012 року, коли з'явилися млявість, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, біль у животі. Протягом двох тижнів знаходився на лікуванні в ЦРБ з неясним діагнозом. Проведено рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини - без патології. Враховуючи погіршення стану дитини на фоні лікування, був переведений для подальшого дообстеження і лікування в обласну дитячу лікарню з діагнозом: Системне захворювання крові? Поліаденопатія. Неревматичний кардит.

В процесі дообстеження у дитини вперше виявлено антитіла до ВІЛ. Дитина продовжувала лихоманити, був знову обстежений рентгенологічно (через тиждень) - зміни не виявлені. Стан дитини продовжував погіршуватися, різко наростає дихальна недостатність, з'явився сухий кашель, у зв'язку з чим було повторно проведено рентгенологічне обстеження: по усіх легневих полях визначаються множинні розсіяні різнокаліберні дрібні вонищеві тіні. Реакція Манту з 2 ТО - негативна.

Питання

1. Яке (чи які) захворювання можна в першу чергу запідозрити у хворого?
2. Назначте необхідне дообстеження для встановлення діагнозу?
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Який рентгенологічний синдром спостерігається у дитини? Схематично намалюйте рентгенограму.
5. Про що свідчить негативна проба Манту?

Задача 25

У 16-річної дівчинки вперше діагностовано цукровий діабет, з приводу якого вона знаходиться для дообстеження і підбору інсулінотерапії у ендокринологічному відділенні. Проте лікар дівчинки відмічає неефективність призначеної терапії препаратами інсуліну. Через тиждень перебування в лікарні у дівчинки з'явилися підвищена температура тіла до 37,8°C, малопродуктивний кашель із слизовою мокротою. Мати дівчинки відмічає схуднення, підвищену дратівливість, стомлюваність дитини на протязі останніх півроку, пов'язуючи це з діабетом. У сім'ї хворих на

туберкульоз не має, всі дорослі обстежені. На флюорограмі в 15 років – патології не виявлено, ретроспективно – без змін. Лікарем було призначено рентгенологічне обстеження. На оглядовій рентгенограмі у 6-му сегменті лівої легені визначається ділянка затемнення 4х6 см у діаметрі, малої інтенсивності, з нечіткими контурами і проясненням у центрі. У нижніх відділах лівої легені відмічаються малоінтенсивні вогнищеві тіні з нечіткими контурами різного розміру. В крові: Нв - 100 г/л, лейкоц. – $12,0 \cdot 10^9$ /л, е-4%, п-8%, с-68%, л-18%, м-6%, ШОЕ - 40 мм/год. У харкотинні мікроскопічно МБТ не виявлені, лейкоцити – 6-10 у полі зору. Лікар встановив попередній діагноз позашпитальної нижньочасткової лівосторонньої плевропневмонії і призначив лікування цефтріаксоном і амікацином. Через 2 доби від початку лікування стан хворої погіршився - посилилася слабкість, з'явилося кровохаркання.

Питання

1. Який найвірогідніший діагноз? Про що свідчать дані про ефективність лікування цукрового діабету?
2. Назвіть клініко-рентгенологічний варіант захворювання. Схематично намалюйте рентгенограму.
3. Які помилки були допущені лікарем при постановці діагнозу і подальшої тактики лікування?
4. Які додаткові методи можуть виявити або виключити наявність бактеріовиділення у хворій?
5. Призначте лікування даній хворій.

Задача 26

У хворого 10-ти років виявлено “віраж” туберкулінової проби. Дитина не перебувала під наглядом протитуберкульозного диспансеру, не лікувалась. У даний час звернулися до лікаря тому, що у дитини періодично підвищується температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, турбує нічна пітливість, дитина гірше стала вчитися, втрачає масу тіла. Пальпаторно визначаються збільшені, безболісні, щільні периферичні лімфатичні вузли. На гомілкях відмічається вузлувата еритема. Рентгенологічно – патології не виявлено. Проба Манту – інфільтрат діаметром 18 мм.

Питання

1. Дайте оцінку характеру туберкулінової проби.
2. Призначте необхідне обстеження дитині.
3. Визначте діагностичний ряд захворювань, з якими необхідно провести диференційну діагностику?

4. Який діагноз у дитини є найімовірнішим? Який синдром є ведучим в клініці даного захворювання?
5. Призначте лікування дитині.

Задача 27

Хлопчик 12-ти років. Скарги: на загальну слабкість, кашель з харкотинням. Раніше туберкульозом не хворів. Спостерігався в протитуберкульозному диспансері з приводу „віражу” туберкулінової проби 2 року тому, отримував превентивне лікування ізоніазидом на протязі 3-х місяців. Відомо, що дід хлопчика 5 років тому хворів на інфільтративний туберкульоз, визначалась резистентність МБТ до ізоніазиду, стрептоміцину. Хворий проживає окремо від хлопчика, проте дитина періодично відвідувала дідуся.

Погіршення стану спостерігається на протязі місяця. Об'єктивно: патології не виявлено. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л - інфільтрат діаметром 14мм, в минулому році – 9 мм (знятий з обліку). Рентгенологічно: у 3-му сегменті правої легені визначається негомogeneous затемнення 4x5 см малої інтенсивності з нечіткими контурами неоднорідної структури, яке зв'язане запальною доріжкою з розширеним, за рахунок збільшених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, коренем легені. У центрі затемнення - ділянка прояснення.

Питання:

1. Яке найімовірніше захворювання (клінічна форма і фаза процесу) спостерігається у дитини? Схематично намалюйте рентгенограму.
2. Яке дослідження варто провести в першу чергу для підтвердження діагнозу?
3. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці.
4. Дайте оцінку ефективності превентивного лікування дитини.
5. Якою повинна бути лікувальна тактика у даному випадку, призначте схему лікування

Задача 28

Дівчинка 7-ми років два місяці тому хворіла на грип, після якого з'явився кашель, загальна слабкість, знижений апетит, пітливість, підвищення температура до 37,5°C. Дані об'єктивного обстеження: астенічна, шкіряні покрови бліді, під очима – темні круги, позитивний симптом Відергоффера-Франка. Пальпаторно в 5-ти групах визначаються збільшені, щільної

консистенції, безболісні периферичні лімфатичні вузли. Перкуторно й аускультативно над поверхнею грудної клітки патологічних змін не виявлено. На рентгенограмі грудної клітки – правий корінь безструктурний, контур розмитий, розширений за рахунок збільшених трахеобронхіальних та бронхопульмональних лімфатичні вузлів. На УЗД органів травлення і сечовидільної системи виявлено гепатомегалію, дифузні зміни з боку паренхіми нирок. Аналіз крові: Нв - 104 г/л, Л- $9,0 \times 10^9$ /л, е-1%, п-8%, с-72%, л-10%, м-9%, ШОЕ - 22 мм/год. Вакцинована в пологовому будинку на 3-й день після народження - рубчик 3 мм. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л в 7 років - інфільтрат діаметром 17 мм. В попередні роки: в 1 рік - негативна, з 2-х до 6-ти років – сумнівна.

Питання:

1. Яке найімовірніше захворювання (клінічна форма та варіант) спостерігається у дитини? Схематично намалюйте рентгенограму.
2. Які обстеження слід провести дитині для встановлення діагнозу?
3. Проведіть диференційну діагностику.
4. Який основний клінічний синдром описано в даному випадку, перерахуйте його ознаки і симптоми
5. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці.

Задача 29

Дитині 4 роки. У пологовому будинку щеплена вакциною БЦЖ, післявакцинальний знак - 3 мм. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л в динаміці: в 1 рік – негативна, в 2 роки – гіперемія 6 мм, в 3 роки – інфільтрат 5 мм, в 4 роки – інфільтрат діаметром 15 мм. Зі слів матері дитина хворіє більше місяця. Турбує кашель з невеликою кількістю харкотиння, періодичне підвищення температури тіла до 37,7°C. В 3-хлітньому віці перехворіла на інфекційний мононуклеоз. Об'єктивно без патології. Аналіз крові: Л- $10,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ-25 мм/год. Рентгенологічно: у 3-му сегменті лівої легені визначається ділянка затемнення до 2,5 см у діаметрі малої інтенсивності з нечіткими контурами, зв'язана запальною доріжкою з розширеним коренем лівої легені.

Питання:

1. Яке найімовірніше захворювання (клінічна форма та стадія) спостерігається у дитини? Схематично намалюйте рентгенограму.
2. Які обстеження слід провести дитині для встановлення діагнозу?
3. Проведіть диференційну діагностику.
4. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці.

5. Чи були підстави у попередні роки для ретельного обстеження дитини і проведення профілактичних заходів?

Задача 30

Дитина 6-ти років поступила до інфекційної лікарні у важкому стані зі скаргами на сильний головний біль, нудоту, блювоту, остуду, різку слабкість, виражену задишку, сухий кашель. Об'єктивно: хворий загальмований, займає в ліжку вимушене положення, дифузний ціаноз шкіри. Пульс - 140ударів за хвилину, частота дихання - 35 за хвилину. температура: 39,0°-40,0°С. При перкусії відмічається вкорочення легеневого звуку, при аускультатії - ослаблене везикулярне дихання. Виявлено ригідність потиличних м'язів і слабо позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Проведено спино-мозкову пункцію: витікала під тиском, опалесцює, безколірна, цитоз – 200/мл (75% лімфоцитів), білок – 1,9 г/л, глюкоза – 1,4 ммоль/л, хлориди - 95 ммоль/л, МБТ не виявлено. На оглядовій рентгенограмі впродовж легеневих полів спостерігаються множинні дрібні (1-2 мм) вогнищеві тіні слабкої інтенсивності, контури їх нечіткі. Легеневий малюнок майже не визначається. Реакція Манту з 2 ТО – негативна, в минулому році - 6 мм (у попередні роки – негативні реакції). Післявакцинальний знак – відсутній.

Питання:

1. Яке найімовірніше захворювання (клінічна форма та варіант) виникло у дитини?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Дайте інтерпретацію результатів проби Манту в динаміці. Про що свідчить негативний результат у 6 років.
4. Дайте оцінку ефективності вакцинації БЦЖ
5. Чи були підстави у попередні роки для ретельного обстеження дитини?

ЗАДАЧІ З ДИТЯЧОЇ ІНФЕКЦІЇ

Задача 1

Дитині 2 роки

Анамнез захворювання: захворіла гостро з підвищення температури до 39,2°C, збудження. Через 7 годин з'явився висип на стегнах і сідницях. Бригадою невідкладної допомоги доставлена до реанімаційного відділення.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, доношеною, на штучному вигодовуванні. Щеплена згідно графіку. 3 рази на рік хворіє на ГРВІ.

Епіданамнез: тиждень тому у матері були прояви назофарингіту.

Об'єктивно: стан важкий, дитина стогне, сопор, шкіряні покрови бліді, кінцівки холодні, акроціаноз, на стегнах, сідницях геморагічні елементи висипу різної форми, діаметром 2-6 мм, які не зникають при натисненні, над легенями ясний перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевій тупості в межах вікової норми, АТ 80/40мм.рт.ст., ЧСС – 180 уд/хв, ЧДД 60 дих/хв., менінгеальних знаків немає.

Питання:

1. Виділіть провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 2

Дитині 5 років

Анамнез захворювання: протягом 8-ти днів відзначалися млявість, анорексія, нудота, одноразова блювота, болі у правому підреберні, в суглобах, темний колір сечі.

Епіданамнез: За 4 мес. до початку захворювання був оперований із приводу апендициту.

Об'єктивно: дитина млява, шкіра і склери помірно жовтяничні, над легенями ясний перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, АТ100/70мм.рт.ст., ЧСС 70 уд/хв., живіт м'який, печінка +2,5 см, селезінка +1см, сеча темна, кал сірого кольору. **Лабораторно:** Загальний білірубін 160 мкмоль/л; прямий - 110 мкмоль/л; АдАТ - 7 ммоль/л; тимолова проба – 2,0 EgSH.

Питання:

1. Виділіть провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 3

Дитина 2 місяців

Анамнез захворювання: хворіє 3-й день. Захворювання почалося гостро з підвищення температури тіла до 38,5°C, анорексії, блювоти 2-3 рази на добу, зригування, рясних частих випорожнень 8-10 разів на добу.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, доношеною, на штучному вигодовуванні.

Епіданамнез: 3 дні тому у матері були прояви ентероколіту.

Об'єктивно: дитина млява, відмовляється від їжі, шкіряні покрови сухі, гарячі, тургор тканин знижений, над легеньми ясний перкуторний звук, дихання пуерильне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 130 уд/хв., АТ 80/50 мм.рт.ст. Живіт здутий, гурчить по ходу тонкого кишечника, випорожнення рясні, водянисті до 10 разів на добу, жовтогарячого кольору, що залишає на пелюшці жовті плями.

Питання:

1. Виділіть провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 4

Дитина 3 років

Анамнез захворювання: захворіла гостро з підвищення температура тіла до 39°C, болі у горлі при ковтанні. На другу добу на шкірі обличчя та шиї з'явився висип, що швидко поширився на тулуб і кінцівки.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, доношеною, на штучному вигодовуванні. Щеплена згідно графіку вакцинації.

Епіданамнез: у дитячому садку 2 дітей мають подібні симптоми хвороби.

Об'єктивно: шкіра гаряча на дотик, висип дрібнокрапельний на гіперемованому тлі зі згущенням у пахвових і пахових складках. Носогубний трикутник блідий. Над легеньми ясний перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 110 уд/хв. Язик обкладений густим білим нальотом, мигдалики яскраво гіперемійовані, у лакунах велика кількість жовтого кольору гною. Живіт м'який, печінка +1 см.

Лабораторно: у загальному аналізі крові: еритроцити - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити – $12,5 \times 10^9/л$, е. - 12%, п. - 15%, с. - 54%, л. - 6%, м. - 2%, ШОЕ - 28мм/год.

Питання:

1. Виділіть провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 5

Дитини 3-х років

Анамнез захворювання: на фоні симптомів катару верхніх дихальних шляхів і кератокон'юнктивіту на 3-й день хвороби спостерігаються рідкі випорожнення до 5 разів на день, без патологічних домішок, без явищ ексикозу.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, доношеною, на штучному вигодовуванні. Щеплена згідно графіку вакцинації.

Епіданамнез: у дитячому садку у 2 дітей відмічено подібні симптоми хвороби.

Об'єктивно: дитина в'яла, адинамічна, шкіряні покриви гарячі на дотик, тургор тканин не знижений, висипки на шкірі немає, кератокон'юнктивіт, пальпуються збільшені підщелепні та шийні лімфовузли. Над легеньми ясний перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 110 уд/хв. Язик обкладено густим білим нальотом, вологий. При огляді ротової порожнини – яскрава гіперемія задньої стінки глотки, виражена зернистість. Живіт м'який, болісний в області пупку, гурчить при пальпації товстого кишковнику. Випорожнення 4 рази на день без патологічних домішок.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.

2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 6

Дитини 1,5 міс.

Анамнез захворювання: знаходиться на лікуванні у грудному відділенні з приводу гнійного омфаліту, вчора посилилась інтоксикація, підвищилася температура тіла, з'явилася повторна блювота, часті рідкі випорожнення з домішками слизу і крові.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, доношеною, на грудному вигодовуванні.

Епіданамнез: у матері 2 тижні тому відмічено симптоми запалення молочних залоз.

Об'єктивно: дитина в'яла, відмовляється від їжі. Температура тіла 38,8°C. Шкіряні покрови гарячі на дотик, сухі, тургор тканин знижено. Велике джерельце запале. З обох очей виділяється велика кількість гною жовтого кольору. Над легеньми ясний перкуторний звук, дихання пуерильне, хрипів немає, границі відносної серцевій тупості в межах вікової норми, ЧСС 140 уд/хв., Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, болісний при пальпації. Печінка +1см. Випорожнення до 10 разів на добу, з домішками слизу, гною, крові, зелені.

Лабораторно: Бактеріологічні посіви калу на патогенну мікрофлору негативні.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 7

Дитина 6 років

Анамнез захворювання: поступила до прийомного відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C, відсутність апетиту, спрагу, повторну блювоту до 10 разів за день, болі у животі, часті рідкі

випорожнення з домішками слизу, зелені, з неприємним запахом.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, щеплена згідно графіку вакцинації.

Епіданамнез: напередодні захворювання їла яєчно з рідким жовтком.

Об'єктивно: стан дитини важкий, млява, адинамічна, блювота - 5-7 разів на день, спрага, шкіряні покрови та слизовісухі, тургор та еластичність тканин знижені. Над легеньми ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, межі відносної серцевої тупості - вікова норма, ЧСС 140 пошт./хв., ЧДД 40 за хв. Язик сухий, обкладений густим білим нальотом. Живіт м'який, гурчить по ходу пальпації товстого кишковнику. Випорожнення рясні, до 15 разів на добу, з домішками слизу, зелені, неприємного запаху. Олігурія.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальний діагноз.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 8

Дитина 7 років

Анамнез захворювання: захворіла гостро: підвищення температури до 38,5°C, млявість, головний біль, припухлість у правій навколоушній області.

Об'єктивно: дитина в'яла, адинамічна, температура тіла 39°C. Шкіряні покрови гарячі на дотик, виявлено припухлість у навколоушній області тістуватої консистенції, болючу при пальпації, жуванні, відкриванні рота. Шкіра над нею не змінена, мочка вуха відхилена. Над легеньми ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 100 пошт./хв., ЧДД 20 за хв. Живіт напружений в області лівого підребер'я. Випорожнення рідкі, погано змиваються в унітазі.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 9

Дитини 3-х років

Анамнез захворювання: протягом тижня спостерігається підвищення температури тіла до 38,5°C, закладеність носу, слабкість, болі у горлі при ковтанні.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, щеплена згідно графіку вакцинації.

Епіданамнез: у контакті із хворими на інфекційні захворювання не була.

Об'єктивно: шкіряні покрови гарячі на дотик, на обличчі та тулубі плямисто-папульозна висипка, температура тіла 39°C, набряки на обличчі, виділень з носа немає, пальпуються збільшені підщелепні, шийні, пахвинні, пахові лімфовузли. Над легеньми ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевій тупості в межах вікової норми, ЧСС 100 пошт./хв., ЧДД 20 за хв. У ротоглотці мигдалики збільшені, гіперемовані, у лакунах велика кількість жовтого кольору гною, легко знімається шпателем. Живіт м'який. Печінка +3см, селезінка +5см.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 10

Дитинка 2 років

Анамнез захворювання: захворіла гостро: підвищення температури тіла до 39°C, геморагічний висип, який швидко збільшувався в розмірах.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, щеплена згідно графіку вакцинації.

Епіданамнез: була у контакті зі старшим братом, у якого відмічалися ознаки назофарингиту.

Об'єктивно: стан дитини важкий, свідомість порушена за типом сопору, відмічається блідість, мармуровість шкіри, розповсюджений геморагічний висип з некрозом. Над легеньми ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 160 пошт./хв., ЧДД 50 за хв., АТ 40\20 мм.рт.ст, олігурія.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 11

Дитина 6 років

Анамнез захворювання: хворіє третій день. Відмічається підвищення температури тіла до 38,8°C, млявість, болі у горлі при ковтанні.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, щеплена з порушенням графіку вакцинації.

Епіданамнез: була у контакті зі старшим братом, у якого відмічались ознаки лакунарної ангіни.

Об'єктивно: відмічається блідість шкіряних покривів, адінамія, набряк підшкірної клітковини шії. Над легеньми ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, тони серця глухі, одинокі екстрасистоли ЧСС 120 пошт./хв., ЧДД 25 за хв., АТ 110\70 мм.рт.ст. На мигдаликах плівчасті, жовтувато-сірі нальоти, які переходять на дужки і язичок. Живіт м'який, печінка не виступає з-під краю реберної дуги.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 12

Дитина 6 років

Анамнез захворювання: протягом тижня температура тіла 37,5-38,0°C, слабкість, біль у горлі, утруднене носове дихання.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності, щеплена згідно з графіком вакцинації.

Епіданамнез: була у контакті зі старшим братом, у якого відмічались ознаки лакунарної ангіни.

Об'єктивно: шкіра звичайного кольору, чиста. Пальпуються збільшені лімфовузли (підщелепні, шийні, пахвинні, пахові). Над легенями ясний легеневий перкуторний звук, дихання везикулярне, хрипів немає, границі відносної серцевій тупості в межах вікової норми, ЧСС 100 пошт./хв., ЧДД 20 за хв., АТ 110\70 мм.рт.ст. Мигдалики збільшені, гіперемовані, у лакунах рідкий гній. Живіт м'який, печінка +2,0см, селезінка +4,0см. Діурез достатній.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 13

Дитини 4 міс.

Анамнез захворювання: захворіла гостро з підвищення температури тіла до 39°C, повторної блювоти, тоніко-клонічних судом.

Анамнез життя: народилася від першої вагітності на грудному вигодовуванні.

Епіданамнез: була у контакті з матір'ю, у якої відмічалися ознаки назофарингіту.

Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, акроціаноз, вибухання великого джерельця на голові, ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Лессажу. Над легенями ясний легеневий перкуторний звук, дихання пуерильне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС 160 пошт./хв., ЧДД 40 за хв., АТ 90\50 мм.рт.ст. Живіт м'який, печінка +2,0 см.

Лабораторно: При люмбальній пункції ліквор мутний, витікає під тиском.

Питання:

1. Визначте провідний клінічний симптом.
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Проведіть диференціальну діагностику.
4. Складіть план обстеження.
5. Призначте лікування.

Задача 14

Дитина 5 міс

Скарги: Підвищення температури тіла до 39⁰С, рідкі випорожнення з великою кількістю мутного слизу, прожилками крові.

Анамнез життя: Народився доношеним, вигодовування природне, розвивається відповідно віку.

Анамнез хвороби: Дитина захворіла гостро з підвищення температури тіла до 39⁰С, рідких випорожнень з великою кількістю мутного слизу, прожилок крові.

Епіданамнез: У батька дитини 2 дня потому було послаблення стулу.

Об'єктивно: Загальний стан середньої тяжкості, в'яла, гіподинамічна, шкіра бліда, гаряча на дотик, слизові оболонки ротоглотки рожеві, сухість червоної кайми губ, над легенями ясний легеневий перкуторний звук, дихання пуерильне, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, живіт втягнутий, при пальпації болючий в правій здухвинній ділянці, сигмовидна кишка щільна, болюча, під час дефекацій дитина кричить, напружується, обличчя червоніє, анус зіяє, випорожнення необільні зі слизом та прожилками крові.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз
5. Призначте лікування

Задача 15

Дитина 8 років, госпіталізована до інфекційного стаціонару на 10-й день захворювання.

Скарги: на стійке підвищення температури тіла, головний біль.

Анамнез життя: народився доношеним, вигодовування природне, розвивається відповідно віку, щеплений за графіком, проявів алергії не відмічалось.

Анамнез хвороби: дитина захворіла поступово з підвищення температури тіла, помірних болів у животі, антипіретична терапія була не ефективною, всі 9 тижнів зберігалася лихоманка, приєднався головний біль, зниження апетиту, виражена в'ялість.

Епіданамнез: дитина 3 тижні тому перебувала з батьками на морі у наметовому містечку.

Об'єктивно: стан дитини тяжкий, відмічається млявість, сонливість, гіпертермія до 39,8 °С, шкіра бліда, мармурова, тургор м'яких тканин знижений, над легенями ясний легеневий перкуторний звук, дихання жорстке, брадикардія до 62 пошт./хв., живіт здутий, гепатоспленомегалія, на боковій поверхні живота виявлено 4 елементи розеольозного висипу розміром 0,2 x 0,2см, стулу не було впродовж 2 діб, сечовиділення нечасті, невеликими порціями.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз.
3. Складіть план обстеження.
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування.

Задача 16

Дівчинка 12 років.

Скарги: на різку слабкість, нудоту, запаморочення, порушення зору.

Анамнез життя: народилася доношеною, вигодовування штучне з 3 місяців, розвивається відповідно віку, щеплена за графіком, проявив алергії у 4 роки на пеніцилін за типом кропивниці.

Анамнез хвороби: захворіла раптово: слабкість, порушення зору – пелена пере очима, нудота.

Епіданамнез: за 10 годин до початку захворювання їла в'ялену рибу, яловичину домашнього виготовлення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, мідріаз, помірний птоз з обох сторін, порушення конвергенції, в'яла, шкіра бліда, слизові оболонки ротоглотки негіперемовані, язик сухий, блювотний рефлекс знижений, над легенями ясний легеневий перкуторний звук, дихання поверхневе, тахіпноє до 32 пошт./хв., хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, живіт здутий, перистальтичні шуми в'ялі, черевні рефлекси знижені, стулу з моменту захворювання не було, діурез достатній.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування.

Задача 17

Дитини 5 років.

Скарги: підвищення температури тіла до 40⁰С, тоніко-клонічних судом, втрати свідомості

Анамнез життя: народилася доношеною, вигодовування штучне з 6 місяців, розвивається відповідно віку, щеплена за графіком, проявів алергії у 4 роки на пеніцилін за типом кропивниці, в ранньому віці – ознаки лімфатико-гіпопластичного діатезу

Анамнез хвороби: захворіла раптово з підвищення температури тіла до 40⁰С, тоніко-клонічних судом, втрати свідомості.

Епіданамнез: напередодні захворювання вживала сосиски, які не були проварені.

Об'єктивно на другу добу захворювання: загальний стан тяжкий, в'яла, гіподинамічна, сонлива, різкі переймоподібні болі в животі, шкіра бліда, мрамурова, гаряча на дотик, суха, слизові оболонки ротоглотки не гіперимовані, сухість червоної кайми губ, над легенями ясний перкуторний звук, дихання пуерильне – 20 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, живіт втягнутий, при пальпації болючий в правій здухвинній ділянці, сигмовидна кишка щільна, болюча, під час дефекації дитина кричить, напружується, випорожнення рідкі до 10 разів на добу з великою кількістю слизу, зелені, домішками крові, діурез знижений.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 18

Дитина 8 місяців

Скарги: повторне підвищення температури тіла до 38,1⁰С, блювота, занепокоєність, часті випорожнення

Анамнез життя: народилася недоношеною 2 ступеню недоношеності, вигодовування штучне з 1,5 місяців, помірна затримка стато-моторного розвитку (тримає голову з 2 місяців, сидить – з 7 місяців), щеплена АКДП+ЖВП у 5, 6 та 7 місяців, проявів алергії не відмічалось, два рази переохворіла на ГРВІ, неускладнену форму

Анамнез хвороби: знаходиться у інфекційному відділенні з діагнозом: Гостра респіраторна вірусна інфекція: рино фарингіт, середньої тяжкості. На 6-й день перебування у стаціонарі відмічене повторне підвищення температури тіла до 38,1⁰С, з'явилися блювота, занепокоєність, часті випорожнення.

Епіданамнез: мама на 5 добу перебування дала дитині яйце, яке не було зварене вкруту.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, в'яла, гіподинамічна, шкіра бліда, гаряча на дотик, суха, слизові оболонки ротоглотки негіперимовані, сухість червоної кайми губ, над легенями ясний перкуторний звук, дихання пуерильне – 28 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, живіт здутий, при пальпації болючий по всієї поверхні живота, урчить, випорожнення часті за типом “болотної тіни”, із слизом, смердючі. Діурез помірно знижений.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині
2. Про приєднання якого захворювання свідчать клініко-анамнестичні данні?
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз
5. Призначте лікування

Задача 19

Дитина 3 місяців

Скарги: підвищення температури тіла до 38 С, блювота 2-3 рази на добу, рідкі випорожнення до 10 раз

Анамнез життя: народилася доношеною, вигодовування штучне з 1 місяця, розвиток відповідає віку.

Анамнез хвороби: Захворіла поступово з підвищення температури тіла до 38 С, блювота 2-3 рази на добу. На 2 добу з'явилися рідкі випорожнення до 10 раз і дитина була госпіталізована в інфекційний стаціонар.

Епіданамнез: сім'я мешкає у хаті без водопостачання, батьки дитини погано дотримуються санітарних норм, дитячу суміш готують на добу

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, в'яла, гіподинамічна, шкіра бліда, гаряча на дотик, суха, слизові оболонки ротоглотки негіперимовані, сухість червоної кайми губ, над легенями ясний перкуторний звук, дихання пуерильне – 32 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС – 144 на хв, живіт здутий, урчить під час

пальпації, випорожнення часті яскраво жовтого кольору, водянисті, залишають на пелюшках велику водянисту пляму жовтого кольору, діурез помірно знижений.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування.

Задача 20

Дитина 1 року 5 місяців з дитячого будинку

Скарги: підвищенням температури тіла до 38,2°C, однократна блювота та рідкий стул до 7 разів.

Анамнез життя: дані про неонатальний період розвитку дитини відсутні, у будинку дитини перебуває з 4 місяців, за цей час двічі переохворіла на ГРВІ, розвивається відповідно віку

Анамнез хвороби: захворіла гостро з підвищенням температури тіла до 38,2°C, однократного блювання та рідкого стулу до 7 разів на добу

Епіданамнез: У будинку немовлят зимою на протязі тижня відмічено 7 випадків захворювання дітей на гостру кишкову інфекцію.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, в'яла, гіподинамічна, шкіра бліда, суха, слизові оболонки ротоглотки помірно гіперемійовані, сухість червоної кайми губ, над легенями ясний перкуторний звук, дихання пуерильне – 21 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми ЧСС – 102 на хв, живіт здутий, урчить під час пальпації, випорожнення часті водянисті, пінисті, діурез помірно знижений.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 21

Дитина 5 років

Скарги: підвищення температури тіла до 38,5°C, нежить, кашель та

кон'юнктивіт.

Анамнез життя: ріс і розвивався відповідно віку, з 4 місяців страждає на алергічний дерматит, перехворів на вітряну віспу, тричі – ГРВІ, в зв'язку з рецидивами алергічного дерматиту не був щеплений після 1 року життя

Анамнез хвороби: захворів гостро з підвищення температури тіла до 38,5⁰С, нежиті, кашлю та кон'юнктивіту. Лікується амбулаторно під спостереженням дільничного педіатра, отримує симптоматичну терапію з приводу ГРВІ

Епіданамнез: У селищі, де мешкає дитина були відмічені випадки захворювань, які супроводжуються висипкою

Об'єктивно на 4-й день хвороби: стан дитини середньої тяжкості, температура тіла 39,4⁰С, дитина дратівлива, капризна, шкіра звичайного кольору, на обличчі плямисто-папульозний висип, на слизовій оболонці щік біля нижніх корінних зубів виявлено залишки дрібних білуватих нашарувань, слизова оболонка ротогорла гіперимована, явища серозно-гнійного кон'юнктивіту з обох сторін, перкуторно над легенями коробковий звук, дихання жорстке, розсіяні вологі хрипи у невеликій кількості, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 91 на хв, живіт не здутий, м'який, випорожнення один раз на добу сформовані, звичайного кольору, без патологічних домішок, діурез достатній.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 22

Дитина 5 років

Скарги: підвищення температури тіла до 38,5⁰С, одноразове блювання, біль у горлі при ковтанні.

Анамнез життя: ріс і розвивався відповідно віку, перехворів на вітряну віспу, тричі – ГРВІ, щеплений за віком

Анамнез хвороби: захворювання почалося гостро з підвищення температури тіла до 38,5⁰С, одноразового блювання, болю у горлі при ковтанні.

Епіданамнез: відвідує дитячий садок, в групі 3 дні тому одна дитина захворіла на лакунарну ангіну

Об’єктивно: шкіра гіперемована, на обличчі, шиї, тулубі, кінцівках дрібна висипка, що має тенденцію до згущення у місцях природних складок шкіри, на бокових ділянках живота, щоках, носо-губний трикутник блідий, у ротоглотці відмежована яскрава гіперемія слизових оболонок, мигдалики гіпертрофовані, на їх поверхні гнійний наліт, підщелепні лімфатичні вузли збільшені у розмірі, болючі під час пальпації, над легеньми ясний перкуторний звук, дихання везикулярне – 19 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 100 на хв., тони серця ритмічні, приглушені, шум не вислуховується, живіт не здутий, доступний пальпації, печінка +0,5 см, селезінка не пальпується, випорожнення один раз на добу сформовані, звичайного кольору, без патологічних домішок, діурез достатній.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування.

Задача 23

Дворічна дівчинка

Скарги: підвищення температура тіла до 37,2 °С та висип на шкірі

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, у віці 10 місяців перенесла ГРВІ, щеплена за віком

Анамнез хвороби: захворіла гостро з підвищення температура тіла до 37,2⁰С, через декілька годин з’явився висип на шкірі

Епіданамнез: відвідує дитячий садок, в якому були випадки захворювання з екзантемою

Об’єктивно: загальний стан дитини ближче до задовільного, шкіра звичайного кольору, на спині, розгинальних поверхнях кінцівок виявлено дрібно-плямистий висип рожевого кольору, слизова оболонка ротоглотки помірно гіперемована, збільшені і болючі потиличні та задньошийні лімфовузли, над легеньми ясний перкуторний звук, дихання везикулярне – 20 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 102 на хв., тони серця ритмічні, шум не вислуховується, живіт не здутий, доступний пальпації, печінка +2 см, селезінка не пальпується, випорожнення один раз на добу сформовані, звичайного кольору, без патологічних домішок, діурез достатній.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 24

Дівчинка 10 років госпіталізована до інфекційний відділення

Скарги: лихоманка, висипка, артралгії, болі в животі, рідкі часті випорожнення.

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, рідко хворіє на ГРВІ, щеплена за віком

Анамнез хвороби: захворіла гостро з болів у животі та підвищення температури тіла, за допомогою до лікаря не зверталися, на 3 добу з'явилася висипка та біль у суглобах, температура збільшилася до 39°C.

Епіданамнез: дитина регулярно вживає салати з свіжої капусти, яка зберігається у підвалі впродовж 2 місяців.

Об'єктивно: шкіра гіперемована, на обличчі, шиї, тулубі, кінцівках дрібна висипка, що має тенденцію до згущення за типом симптому "капюшону", "рукавичок", "шкарпеток", у ротоглотці помірна гіперемія слизових оболонок, мигдалики інтактні, підщелепні лімфатичні вузли не збільшені у розмірі, над легеньми ясний перкуторний звук, дихання везикулярне – 19 на хв, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, ЧСС – 92 на хв., тони серця ритмічні, приглушені, шум не вислуховується, живіт помірно здутий, доступний пальпації, печінка +0,5 см, селезінка не пальпується, випорожнення три рази на добу, кашоподібні з невеликою кількістю слизу, діурез достатній.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Встановіть попередній клінічний діагноз
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 25

Дитині 10 років

Скарги: підвищення температури тіла до 39⁰С, порушення свідомості, повторні судоми

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, рідко хворіє на ГРВІ, щеплена за віком

Анамнез хвороби: хворіє на краснуху 6 добу. Лікувалася амбулаторно впродовж 6 днів з позитивною динамікою. На 6 день захворювання відмічено повторне підвищення температури тіла до 39⁰С, порушення свідомості, повторні судоми.

Епіданамнез: відвідує школу, в якій були випадки захворювання з екзантемою

Об'єктивно: під час огляду лікарем швидкої допомоги – стан тяжкий, кома 1 ступеня, гіперкінези, симптоми ригідності потиличних м'язів, Брудзинського, Кернига сумнівні, шкіра бліда, висипки немає, жорстке дихання над легенями, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 95 на хв., тони серця ритмічні, приглушені, шум не вислуховується, живіт не здутий, доступний пальпації, печінка у краю реберної дуги, селезінка не пальпується, випорожнення один раз на добу, останнє сечовиділення 2 години тому.

Питання:

1. Який синдром домінує в клінічній картині?
2. Про приєднання якого захворювання свідчать клініко-анамнестичні данні?
3. Складіть план обстеження
4. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
5. Призначте лікування

Задача 26

Дитина 5 років

Скарги: на слабкість, в'ялість, лущення на долонях

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, у віці 2 років перенесла ГРВІ, щеплена за віком

Анамнез хвороби: дитина хворіє 10 добу, захворювання перебігало з гіпертермією, висипом, лакунарною ангіною, лікувалася амбулаторно, отримувала антибактеріальну терапію та симптоматичні препарати

Епіданамнез: відвідує школу, в якій були випадки захворювання з ангіною

Об’єктивно на 10 день : стан ближче до задовільного, слизова оболонка ротової порожнини та ротоглотки не гіперемована, “малиновий язик”, шкіра звичайного кольору, сухувата, пластинчасте лущення на шиї, тулубі (дрібнопластинчасте), кінцівках (крупнопластинчасте), у місцях природних складок шкіри залишкова неяскрава пігментація, дихання везикулярне над легенями, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 87 на хв., тони серця ритмічні, шум не вислуховується, живіт не здутий, доступний пальпації, печінка у краю реберної дуги, селезінка не пальпується, випорожнення один раз на добу, порушення сечовиділення немає.

Питання:

1. Яке захворювання перенесла дитина?
2. Складіть план обстеження
3. З якими захворюваннями слід проводити диференційний діагноз?
4. Призначте лікування
5. Назвіть можливі ускладнення хвороби

Задача 27

Дитина 6 років

Скарги: температура підвищилася до 39°C, відмічаються порушення свідомості, тоніко-клонічні судоми

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, тричі хворіла на ГРВІ, перенесла вітряну віспу у віці 4 років, щеплена з порушенням графіку

Анамнез хвороби: хворіє на кір 8 добу і лікується амбулаторно (симптоматичні препарати), на 5 добу після появи висипки на тлі вже нормальної температури тіла стан різко погіршився, температура повторно підвищилася до 39°C, відмічаються порушення свідомості, тоніко-клонічні судоми.

Епіданамнез: відвідує дитячій садок, в якому були випадки захворювання з висипкою

Об’єктивно: стан тяжкий, сопор, пожвавлення рефлексів, гіперкінези, симптоми ригідності потиличних м’язів, Брудзинського, Кернига негативні, шкіра бліда, залишкова пігментація висипки на лиці, тулубі та кінцівках, ін’єкція судин склер, жорстке дихання над легенями, хрипів немає, границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми чсс – 95 на хв., тони серця ритмічні, приглушені, шум не вислуховується, живіт не здутий, доступний

пальпації, печінка у краю реберної дуги, селезінка не пальпується, випорожнення один раз на добу, останнє сечовиділення 3 години тому.

Питання:

1. Яке ускладнення розвинулося у дитини?
2. Складіть план обстеження
3. З якими станами слід проводити диференційний діагноз?
4. Призначте лікування
5. Назвіть інші можливі ускладнення хвороби

Задача 28

Дитина 8 років

Скарги: зниження апетиту, блідість шкіри, пастозність та набряки обличчя, олігурія

Анамнез життя: народилася доношеною, росла та розвивалася відповідно віку, у віці 5 місяців було діагностовано пузирно-сечовий рефлюкс, перенесла вітряну віспу у віці 5 років, щеплена за віком

Анамнез хвороби: хворіє на скарлатину 14 днів, лікувалася амбулаторно, захворювання перебігало у середній тяжкості, на 5 добу нормалізувалася температура тіла, прояви лакунарної ангіни були куповані на 5-6 добу. На 14 день хвороби з'явилися в'ялість, та зазначені вище скарги.

Об'єктивно: слизова оболонка ротової порожнини та ротоглотки не гіперемована, "малиновий язик", шкіра бліда, сухувата, пластинчасте лущення на шиї, тулубі (дрібнопластинчасте), кінцівках (крупнопластинчасте), пастозність м'яких тканин кінцівок, набряк тканин обличчя, дихання везикулярне над всіма легенями, хрипів немає, ЧДР – 21 на хв., границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми, чсс – 98 на хв., тони серця ритмічні, шум не вислуховується, АТ – 120/90 мм рт ст., живіт не здутий, доступний пальпації, печінка у краю реберної дуги, селезінка не пальпується, стул один раз на добу, сформований, олігурія. В загальному аналізі сечі: питома вага 1030, білок 1 г/л, еритроцити 60 в полі зору, гіалінові циліндри.

Питання:

1. Яке ускладнення розвинулося у дитини?
2. Складіть план обстеження
3. З якими станами слід проводити диференційний діагноз?
4. До якого стаціонару слід направити дитину?
5. Призначте лікування

**ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ,
ЯКІ ПЕРЕВІРЯЮТЬСЯ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ДРУГОЇ ЧАСТИНИ
ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ**

1. Виконувати штучне дихання, непрямий масаж серця
2. Відновлення прохідності дихальних шляхів
3. Проводити реєстрацію ЕКГ
4. Зупиняти зовнішні кровотечі
5. Здійснювати первинну обробку рани
6. Промивати шлунок, кишечник
7. Проводити транспортну іммобілізацію
8. Проводити ін'єкції лікарських речовин (внутрішньом'язове, підшкірне, внутрішньовенне струмене та крапельне введення)
9. Вимірювати артеріальний і венозний тиск
10. Проводити катетеризацію сечового міхура м'яким зондом
11. Проводити первинний туалет новонародженого
12. Визначити групи крові, резус належність
13. Переливати компоненти крові і кровозамінники

ДОДАТКИ

Додаток 1

Синдроми та симптоми за спеціальністю «Педіатрія»

1. Анемія
2. Артеріальна гіпертензія
3. Артеріальна гіпотензія
4. Асфіксія
5. Ацетонемічний синдром
6. Біль у грудній клітці
7. Біль у ділянці серця
8. Біль у животі
9. Біль у кінцівках
- 10.Блювота
- 11.Бронхообструктивний синдром
- 12.Випіт у плевральну порожнину
- 13.Втрата свідомості
- 14.Гарячка
- 15.Геморагічний синдром
- 16.Генералізовані або локальні
- 17.Гепатомегалія та
гепатолієнальний синдром
- 18.Головний біль
- 19.Дисменорея
- 20.Дисфагія
- 21.Енцефалітичний синдром
- 22.Жовтяниця
- 23.Задишка
- 24.Задуха
- 25.Запор
- 26.Кардіомегалія
- 27.Кашель
- 28.Кишкова диспепсія
- 29.Кровохаркання
- 30.Лімфаденопатія
- 31.Менінгіальний синдром
- 32.Метрорагічний синдром
- 33.Набряковий синдром
- 34.Нефротичний синдром
- 35.Парези та паралічі
- 36.Порушення особистості
- 37.Порушення смаку
- 38.Порушення чутливості
- 39.Серцебиття
- 40.Сечовий синдром
- 41.Синдром діареї
- 42.Синдром ексикозу висипання
- 43.Синдром недостатності
травлення
- 44.Суглобовий синдром
- 45.Судоми
- 46.Ціаноз дифузний
- 47.Ціаноз локальний
- 48.Часткова або повна втрата зору
- 49.Часткова або повна втрата
слуху
- 50.Шлункова диспепсія
- 51.Шлунково-кишкова кровотеча

Додаток 2 (захворювання).
Педіатричний профіль.

А) Хвороби крові та кровотворних органів і порушення із залученням імунного механізму:

1. Анемії
2. Гемолітична хвороба новонароджених
3. Геморагічна хвороба новонароджених
4. Гемофілія
5. Лейкози
6. Лімфогранулематози
7. Природжені та набуті імунодефіцитні стани
8. Сепсис новонароджених
9. Тромбоцитопенічна пурпура

Б) Хвороби нервової системи:

1. Пологові ураження нервової системи у новонароджених

В) Хвороби системи кровообігу:

1. Аномалії хордально-клапанного апарату у дітей
2. Вегето-судинні дисфункції
3. Вроджені вади серця
4. Дистрофія міокарда
5. Есенціальна та вторинна артеріальна гіпертензія
6. Інфекційний ендокардит
7. Кардити
8. Кардіоміопатії
9. Набуті вади серця
10. Порушення серцевого ритму
11. Серцева недостатність

Г) Хвороби органів дихання:

1. Асфіксія новонародженого
2. Бронхіальна астма
3. Бронхіти та бронхіоліти
4. Вроджені вади розвитку органів дихання
5. Дихальна недостатність
6. Плеврити
7. Пневмонії
8. Пневмопатії та пневмонії новонароджених

9. Респіраторні алергози
10. Хронічні бронхо-легеневі захворювання

Д) Хвороби органів травлення:

1. Виразкова хвороба
2. Гастрити, дуоденіти
3. Езофагіт
4. Ентерити, коліти
5. Кістофіброз підшлункової залози
6. Панкреатити
7. Синдром мальабсорбції
8. Функціональні порушення шлунка, жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, кишечника
9. Холецистити
10. Хронічні гепатити

Е) Хвороби сечостатевої системи:

1. Вроджені вади розвитку нирок
2. Гломерулонефрити
3. Дизметаболичні нефропатії
4. Інтерстиціальний нефрит
5. Інфекція нижніх сечових шляхів
6. Ниркова недостатність
7. Пієлонефрити
8. Спадковий нефрит
9. Тубулопатії

Є) Патологія кістково-м'язової системи та сполучної тканини:

1. Вовчак червоний системний
2. Дерматомиозит
3. Пологова травма
4. Ревматизм
5. Системна склеродермія
6. Системні васкуліти (геморагічний васкуліт, вузликовий поліартеріт)
7. Ювенільний ревматоїдний артрит

Ж) Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин

1. Аномалії конституції
2. Вроджена дисфункція кори наднирників
3. Гіпо- та гіперпаратиреоз

4. Гіповітаміноз
5. Гіпотиреоз
6. Гіпотрофія, паратрофія
7. Дифузний токсичний зоб
8. Новоутворення щитовидної залози
9. Ожиріння
10. Рахіт, спазмофілія, гіпервітаміноз Д
11. Спадкові хвороби обміну речовин (фенілкетонурія)
12. Спадкові хромосомні порушення (хвороба Дауна, синдром Шерешевського-Тернера)
13. Тиреоїдит
14. Хвороба Іценка-Кушинга, хвороба Адісона
15. Хвороби гіпофіза
16. Цукровий діабет

3) Інфекційні і паразитарні хвороби:

1. Вітряна віспа
2. Вроджені інфекції новонародженого
3. Гельмінтози
4. Герпесвірусна інфекція
5. Гострі вірусні гепатити
6. Гострі кишкові інфекції
7. Гострі респіраторні вірусні захворювання
8. Грип
9. Дифтерія
10. Інфекційний мононуклеоз
11. Кашлюк
12. Кір
13. Краснуха
14. Менінгококова інфекція
15. Паротитна інфекція
16. Поліомієліт
17. Скарлатина
18. Туберкульоз різної локалізації
19. Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)

Додаток 3
ПЕРЕЛІК ЗВІТНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

	Найменування	№ форми
1	Медична карта стаціонарного хворого	003/о
2	Медична карта амбулаторного хворого	025/о
3	Медична карта дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садку)	026/о
4	Контрольна картка диспансерного нагляду	030/о
5	Карта профілактичних щеплень	063/о
6	Карта імунізації	063-1/о
7	Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару	066/о
8	Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад	095/о
9	Карта розвитку новонародженого	097/о
10	Виписка із карти розвитку новонародженого	097-1/о
11	Історія розвитку дитини	112/о
12	Картка для запису годування дитини	124/о
13	Карта обліку диспансерізації	131/о
14	Рецепт (дитячий)	Ф-1

Додаток 4
МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ
(Свєрафова Л.Е., 2010; Капитан Т.В., 2003)

АНАМНЕЗ

I. Паспортні дані:

- прізвище, ім'я, по батькові дитини;
- дата народження, вік;
- домашня адреса;
- яку дитячу установу відвідує дитина;
- відомості про батьків (П.І.Б., вік, місце роботи).

II. Анамнез захворювання.

1. Скарги хворого (або батьків):

2. Перебіг захворювання:

- час початку захворювання;
- обставини виникнення захворювання;
- з яких симптомів почалося захворювання;
- динаміка симптомів до моменту обстеження;
- яке лікування отримував хворий (амбулаторне, стаціонарне, санаторно-курортне, дієтотерапія, лікарські препарати, фітотерапія, фізіотерапія, та ін.), його ефективність;
- дані інструментальних та лабораторних методів дослідження;
- при хронічному перебігу захворювання з'ясувати: кратність загострень, динаміку;
- наявність і ефективність диспансерного спостереження (лікування, обстеження).

III. Анамнез життя.

A. Анамнез життя дитини раннього віку (до 3 років):

- від якої вагітності по рахунку дитя; якщо вагітність не перша, то чим закінчилася попередня;
- як протікала вагітність в матері (токсикоз першої, другої половини вагітності- нудота, блювота, гіпертонія, нефропатія, еклампсія);
- дотримання режиму дня і дієти під час вагітності;
- пологи (термін, тривалість, ускладнення);
- чи закричало дитя відразу після народження, яким був крик (гучний, слабкий);
- маса тіла і довжина тіла при народженні;

- коли дитину приклали до грудей, чи активно дитя узяло груди, час та тривалість годування;
 - коли відпав пуповинний залишок та загоїлась пуповинна ранка;
 - чи була фізіологічна втрата маси тіла новонародженого і коли вона відновилася;
 - захворювання в період новонародженості (інтенсивність і тривалість жовтяниці, час її появи, пологова травма, захворювання шкіри і пупка, органів дихання, травлення, септичні захворювання та ін.);
 - на який день і з якою масою тіла виписано дитя з пологового будинку;
 - фізичний розвиток дитини: збільшення маси тіла і зростання на першому році життя (по місяцях) і після року;
 - розвиток статики і моторики: коли дитя стало тримати голову, обертатися на бік, із спини на живіт, коли став сидіти, повзати, стояти, ходити, бігати;
 - психічний розвиток: коли став посміхатися, гулить, визнавати матір, виголошувати окремі склади, слова, фрази; запас слів до 1 і 2 рокам;
 - поведінка дитини вдома та колективі;
 - сон, його особливості і тривалість;
 - характеристика живлення:
 - на якому вигодовуванні знаходиться дитя - природному, штучному, змішаному;
- при природному вигодовуванні:
- час годування грудьми;
 - активність смоктання;
 - годування з однієї або обох молочних залоз;
 - зціджування після годування;
- при змішаному вигодовуванні:
- причина перекладу на змішане вигодовування;
 - чим догодовують дитину;
 - з якого віку;
 - кількість і методика введення докорма;
 - які заходи щодо боротьби з гіпогалактією в матері;
- при штучному вигодовуванні:
- причина перекладу на штучне вигодовування;
 - з якого віку і чим годували дитину, в якій кількості і якій послідовності;
 - який проміжок між годуваннями, регулярне або безладне годування, чи дотримувалася нічна перерва;

- терміни введення всіх видів корекції (соків, сирого тертого яблука, жовтка курячого яйця, рослинної, вершкової олії і ін.);
- коли почав отримувати прикорм, його кількість, послідовність введення, переносимість;
- час видалення від грудей;
- особливості смаку і апетиту;
- живлення дитяти на початок справжнього захворювання;
- коли прорізалися зуби і порядок їх прорезывання;
- перенесені захворювання - коли і які (у тому числі інфекційні, хірургічні втручання), особливості течії, ускладнення;
- профілактичні щеплення: проти туберкульозу (БЦЖ), поліомієліту, кашлюку, дифтерії, правця і кору; реакції на щеплення;
- туберкулинова проба - реакція Манту (коли проводилися, результат);
- контакт з інфекційними хворими.

Б. Анамнез життя дітей старшого віку:

- який по рахунку в сім'ї дитина;
- як розвивався в період раннього дитинства;
- поведінка вдома і в колективі, для школярів - успішність в школі, яким предмети віддає перевазі;
- перенесені захворювання і хірургічні втручання;
- профілактичні щеплення;
- туберкулинові проби (реакція Манту) коли проводилися, результат;
- контакт з інфекційними хворими.

IV. Родинний анамнез:

- стан здоров'я батьків і найближчих родичів (наявність соматичних захворювань, інфекційних, - туберкульоз, сифіліс, СНІД, та ін.; психічні захворювання, алкоголізм, наркоманія);
- скільки в сім'ї дітей і стан їх здоров'я, якщо вмирали, то від яких причин і в якому віці (отримані дані відбиваються в генетичній карті);
- стан генеалогічного дерева в межах трьох поколінь, починаючи з хворого дитяти до дідів і бабусь по вертикалі і до братів і сестер по горизонталі (наявність даного, аналогічного, інших захворювань).
- з'ясувати наявність у дитини і найближчих родичів клінічних проявів синдромів імунологічної недостатності:

V. Аллергологический анамнез.

З'ясувати наявність:

- респіраторної алергії (вазомоторний риніт, поліноз, бронхіальна астма та ін.);

- харчової алергії (атопічний дерматит, кропив'янка, диспепсичні розлади та ін.);
- медикаментозної алергії (на які препарати, клінічні прояви);
- алергічні реакції на щеплення (які саме, клінічні прояви).

VI. Матеріально-побутові умови:

- число членів сім'ї, кількість дітей, їх вік, кількість дорослих;
- у якій квартирі проживає сім'я: площа, суха, світла, тепла, чи провітрюється;
- хто доглядає дитину, стан здоров'я особи, що доглядає дитину;
- чи має дитя окреме ліжко;
- як часто дитя миють;
- чи забезпечено дитину іграшками, білизною;
- чи є одяг по сезону;
- чи дотримується режим дня, яка тривалість прогулянок і сну;
- режим харчування;
- у школярів - розпорядок дня, навантаження в школі, наявність додаткових навантажень.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінка загального стану:

- задовільне;
- середньої;
- важке (у край важке, термінальне);

Загальний вигляд дитини:

- свідомість (ясне, ступор, сопор, кома);
- положення в ліжку (активне, пасивне, вимушене);
- реакція на огляд (адекватна, неадекватна);
- вираз обличчя (звичайне, страждальне, байдуже);
- настрої (рівне, занепокоєння, збудження, пригноблення).
- Оцінка фізичного розвитку

1. Огляд:

- тип конституції дитині шкільного віку (нормостенічній, астеничній, гиперстенічній) - оцінити:
- форма грудної клітки (конусоподібна, бочкоподібна, циліндрова);
- відношення черевної стінки до реберної дуги (на рівні, виступає, западає);
- розташування (хід) ребер - косе, горизонтальне;

- величина міжреберних проміжків;
- величина епігастрального кута;
- відстань від ребер до гребня клубової кісті;
- міра розвитку мускулатури;
- розвиток вторинних статевих ознак (див. ендокринну систему).

2.Пальпація:

- тонус і сила м'язів (див. м'язову систему).

3.Оцінка симптомів шкільної зрілості (для дітей 6 - 7 років):

- Філіпінський тест;
- оцінка зростання і ваги (див. нижчий);
- кількість постійних зубів;
- оцінка нервово-психічного розвитку:
- намалювати крапки у вигляді конверта;
- намалювати чоловічка;
- списати друкарськими буквами фразу;
- намалювати круг;
- виголосити слова з приголосними і шиплячими звуками.

4.Антропометрія.

- маса тіла;
- довжина тіла (у дітей до 1 року - лежачи, до 3 років - стоячи, старше за 3 роки - стоячи і сидячи);
- довжина тулуба;
- висота голови, верхній частини обличчя;
- довжина верхньої кінцівки, плеча, передпліччя, кисті;
- довжина нижньої кінцівки, стегна, гомілки, стопи;
- обвід голови;
- обвід грудей (у дітей старше 7 років - при спокійному диханні, у фазі максі мального вдиху і видиху);
- обвід плеча, стегна, гомілки;
- обвід живота;

5.Оцінка основних показників фізичного розвитку.

- Визначити вік дитини до моменту обстеження (по таблиці).
- Дати оцінку кожному показнику (вага, зрост, обвід грудей, голови):
 - порівнюючи з показниками, вычисленными методом орієнтовного розрахунку;
 - по таблицях антропометричних стандартів;
 - по таблицях центильного розподілу.

- Обчислити і оцінити антропометричні індекси: Туру, Чуліцкой, Ерісмана.
- Розрахувати поверхню тіла.
- Зробити загальний висновок по фізичному розвитку (відповідність середньовіковим показникам, гармонійність).

Нервова система і органи чуття

1. Огляд:
2. Дослідження рефлексів новонароджених (наявність, симетричність, сила відповіді).
3. Оцінка психомоторного і мовного розвитку дітей грудного та до 3-х років.

Необхідно з'ясувати в якому віці з'явилися наступні навички (у дужках вказані середні терміни їх появи у здорових дітей):

4. Дослідження черепномозкових нервів.
5. Дослідження рефлексів із слизових оболонок оболонок, шкіряних, сухожильних.

Оцінюється вираженість і симетричність рефлексів (у дужках вказаний рівень замикання рефлекторної дуги):

6. Дослідження чутливості.
7. Дослідження вегетативної нервової системи.
8. Дослідження пірамідної системи (довільні м'язові скорочення):
9. Дослідження екстрапірамідної системи.
10. Дослідження порушень координації рухів.
11. Оцінка менінгеальних симптомів:
12. Дослідження вищої нервової діяльності:

Шкіра і підшкірна клітковина

1. Огляд.

А. Огляд шкіри тулуба, кінцівок, долонь, підшав, волосистої частини голови; у дітей грудного віку – додатково області заднього проходу, складок за вушними раковинами, на шиї, в пахвових западинах, пахової ділянки, на стегнах, в міжпальцевих проміжках:

- колір шкіри;
- вираженість венозної мережі (на голові, грудях, животі та ін.);
- наявність висипань (локалізація, поширеність, симетричність, характеристика морфологічних елементів);
- у новонароджених дітей - стан пупкової ранки;
- наявність вроджених вад розвитку (гемангіоми, невуси і ін.);

- *характер обволосіння:*
- надлишкове (локальне, поширене);
- алопеція (осередкова, дифузна);
- *стан нігтів:*
- колір;
- форма;
- товщина;
- наявність деформацій, поперечній покресленій;
- стан підшкірної жирової клітковини:
- вираженість;
- рівномірність розподілу.

Б.Осмотр слизистих оболонок порожнини рота (губ, щік, ясен, піднебіння, піднебінних мигдалин, піднебінних дужок, задньої стінки глотки, язика), кон'юнктив:

- колір;
- вологість;
- наявність висипань (охарактеризувати морфологічні елементи).

2.Пальпація:

- товщина шкірної складки;
- еластичність шкіри;
- вологість шкіри;
- температура шкіри;
- *дослідження дермографізму:*
- вигляд (білий, червоний, змішаний);
- швидкість появи (у сек.);
- час ишезновения;
- розміри (розливою, нерозливою);
- тургор м'яких тканин (на кінцівках);
- наявність набряків (на ногах, грудині, крижах);
- наявність ущільнень;
- товщина підшкірної жирової клітковини (на животі, грудях, спині, кінцівках, особі);

проби на резистентність капілярів:

- симптом джгута (Кончаловського - Румпель - Леєде);
- симптом щипка;
- молоточковий симптом;

Лімфатична система

1.Огляд:

- наявність збільшених лімфовузлів (локалізація, симетричність, розміри);
- зміна шкіри над лімфовузлами (почервоніння, набряклість, наявність свищів, рубців).

2.Пальпація.

А.Пальпація периферичних лімфовузлів: потиличні, привушні, підщелепні, підборіддя, заднешейные, переднешейные, надключичні, підключичні, пахові, торакальні, ліктьові, пахові, стегнові, підколінні.

При цьому необхідно дати наступну характеристику по кожній групі лімфовузлів:

- доступність пальпації;
- кількість (одиничні, множинні);
- величина в см.;
- консистенція (еластичні, щільні);
- рухливість;
- відношення до сусідніх лімфовузлів (спаяні один з одним або пальпуються ізольовано);
- відношення до шкіри і підшкірної основи (спаяні з ними чи ні);
- хворобливість.

Б.Пальпація мезентеріальних лімфовузлів (верхніх і нижніх).

3.Перкусія.

Визначення збільшених внутрішньогрудних лімфовузлів:

- симптом Коранье;
- симптом Аркавіна;
- симптом Філатова;
- симптом чаші Філософова.

4.Аускультация.

Визначення збільшених внутрішньогрудних лімфовузлів:

- симптом д'Еспіна;
- симптом Сміта;
- симптом де-ла-Кампа.

М'язова система

1.Огляд:

- положення дитини в ліжку;
- оцінка рухової активності;

- міра розвитку мускулатури;
- симетричність розвитку мускулатури;
- наявність пороків розвитку м'язів (кривошия, атрофія та ін.);
- оцінка тону м'язів:

а) в новонароджених:

- положення кінцівок;
- стан пальців рук;
- міра закидання голови;
- симптом повернення;
- проба з перевертанням дитини вниз головою;

б) у дітей грудного віку:

- форма живота;
- проба на тракцію;
- симптом «складаного ножа»;

в) у дітей старше за 1 рік:

- тип постави;
- форма живота;
- стан лопаток;
- симптом «складаного ножа»;
- симптом «в'ялих плечей».

2. Пальпація.

1) тону м'язів:

- безпосередня пальпація різних груп м'язів;
- пасивні рухи в різних суглобах;

2) сила м'язів:

а) у дітей грудного та до 3-х років спробувати відняти іграшку;

б) у дітей дошкільного і шкільного віку оцінити:

- шляхом стискування в долонях пальців лікаря;
- шляхом активного опору різним рухам (згинальним і розгинальним) в різних суглобах.

3. Визначення симптомів підвищеної нервово-м'язової збудливості (Хвостека, Люста, Труссо, Маслова).

Кісткова система

А. Новонароджені.

1. Огляд:

- форма голови;
- співвідношення мозкового і лицьового черепа;

- огляд лицьового черепа (симетричність розташування очних щілин, рівень вух, вираженість нижній щелепі, стан перенісся);
- огляд порожнини рота (стан зведення);
- огляд хребта, грудної клітки, кінцівок, пальців, стоп.

2.Пальпація:

- стан швів черепа;

стан родничків черепа:

- наявність (великий, малий, бічні);
- розміри (у сантиметрах);
- рівень по відношенню до кісток черепа;
- стан країв родничків;
- наявність пульсації;
- пальпація всіх кісток (особливу увагу приділити кісткам голови, ключицям).

Б.Діті грудного та до 3-х річного віку.

1.Огляд:

- рухова активність;
- хода;
- пропорційність статури;
- тип постави (наявність і вираженість фізіологічних вигинів);
- кількість молочних зубів;
- визначення стигм рахіту:
- форма голови (вираженість лобових, потиличних, тім'яних горбів);
- форма грудної клітки (деформації, розширення нижньої апертури, наявність Гаріссонової борозни);
- стан кінцівок (викривлення);
- стан стоп (плоскостопість).

2.Пальпація:

- стан джерелець;
- визначення величини епігастрального кута;
- пальпація всіх кісток;
- визначення стигм рахіту:
- розм'якшення швів і країв родничків
- краніотабес (симптом «фетрового капелюха»)
- S-образное викривлення ключиць
- наявність «чоток» на ребрах
- наявність «ниток перлів» на пальцях

- визначення симптомів прихованої спазмофілії (Хвостека, Труссо, Люста).

3.Перкусія черепа (виявлення гідроцефалії).

В.Деті дошкільного і шкільного віку.

1.Огляд:

- фізичний розвиток;
- рухова активність;
- визначення пропорцій тіла;
- оцінка стану зубів (кількість молочних і (або) постійних, наявність карієсу);
- характеристика прикусу;
- огляд голови, грудної клітки, кінцівок;
- визначення типу постави (нормальний тип, кругла (сутула) спина, плоска, плоско-ввігнута, кругло-увігнута спина);

визначення симптомів сколіозу, для чого оцінити:

- рівень обоє надплечий;
- положення голови (симетричність розташування вушних раковин по відношенню до горизонтальної лінії);
- симетричність шийно-плечових кутів;
- рівень верхнього краю і нижнього кута лопаток;
- симетричність розташування лопаток по відношенню до хребта;
- паралельність розташування внутрішніх країв лопаток;
- симетричність трикутників талії;
- лінію остистих відростків хребців;
- наявність ребрового горба;
- огляд стоп (плоскостопість, високе зведення).

2.Пальпація:

- визначення епігастрального кута;
- визначення ходу ребер;
- пальпація всіх кісток;
- болючість по ходу хребта.

3.Перкусія:

- визначення осалгії.

Суглобова система

Досліджуються плечові, ліктьові, променезап'ясткові, тазостегнові, колінні, гомілковостопні суглоби, дрібні суглоби кисті і стопи, хребет.

1.Огляд:

- положення дитини в ліжку;
- рухова активність;
- тип постави;
- зміна шкіри над суглобами (гіперемія, висип);
- наявність в області суглобів вузликкових або інших утворень, рубцевих, атрофічних процесів і т. п.

зміна форми суглоба:

- припухлість (рівномірний набряк суглоба за рахунок запального набряку тканин і выпота в суглобову сумку);
- дефігурація (нерівномірна зміна форми унаслідок процесу в м'яких тканинах ексудативно-пролиферативного характеру);
- деформація (неправильна форма суглоба за рахунок зміни кісткового скелета);
- відхилення від нормальної осі (девіація);
- порівняння симетрично розташованих суглобів.

2.Пальпація (шкіри, сухожиль, м'язів, суглобів і кісток):

- підвищення місцевої температури;
- наявність утворень в шкірі, підшкірній клітковині, м'язах;
- визначення точок найбільшої болючисті;
- визначення синовиальної рідини в суглобах;
- визначення симптому балотування надколінника;
- дослідження суглобових шумів.

3.Дослідження функції (визначаються об'єм рухів, болючисть, суглобові шуми):

- активні рухи (ходьба, нахили, повороти, присідання, згинання-розгинання, приведення-відведення і так далі)
- пасивні рухи (з фіксацією проксимальних відділів).

У новороджених дітей визначають наявність симптомів:

1) природженого вивиху стегна:

- асиметрія складок;
- відносне укорочення кінцівки;
- порушення ротації кінцівки;
- обмеження відведення стегон;
- симптом клацання;

2) природженій клишоногості:

- еквінус – «кінська стопа»;
- аддукція;
- супінація;

- інфлексія - перегин стопи.

Органи дихання

1.Огляд:

- колір шкірних покривів (за наявності блідості, ціанозу вказати локалізацію, поширеність, умови виникнення у спокої або при фізичному навантаженні);
- колір слизистих оболонок (порожнини рота, глотки, носа);
- стан піднебінних мигдалин (міра гіпертрофії, наявність нальоту);
- огляд пальців рук (наявність «барабаних паличок», «годинних стекол»);
- дихання через ніс (вільне, утруднене, прохідність обох половин);
- наявність виділень з носа (характер, кількість, консистенція, колір, запах);
- зміна тембру голосу (осипла, афонія, гнусавість);
- наявність аденоїдного типа (набряк верхньої губи, підведений кінчик носа на тлі гугнявого голосу і утрудненого носового дихання);
- наявність і характер кашлю (сухий або вологий, «гавкаючий», бітональний, кашлюкоподібний), інтенсивність кашлю;
- характер мокроти (кількість, консистенція, колір, запах, чи легко відкашлюється);
- тип дихання (грудний, черевний, змішаний);
- частота дихання в 1 хвилину, ритм і глибина дихання;
- співвідношення між частотою дихання з частотою серцевних скорочень;
- форма грудної клітки (конусоподібна, циліндрова, бочкоподібна);
- наявність деформацій грудної клітки;
- симетричність грудної клітки;
- симетричність участі лівої і правої половин грудної клітки в акті дихання (у дітей старшого віку – при форсованому диханні);
- наявність задишки (диспное):
- подовження фази вдиху або видиху;
- участь в акті дихання вспомогательной мускулатури;
- втягнення податливих місць грудної клітки (над- і підключичні ямки, міжреберні проміжки, епігастральна зона);
- напруга і роздмухування крил носа (симптом вітрила);
- наявність у маленьких дітей експіраторного пихтіння (дихання, що стогне, з подовженим видихом);

- наявність піни в кутах рота і під мовою у дітей перших місяців життя;
- наявність дистанційних хрипів.

2.Пальпація.

- наявність на грудній клітці ділянок гіперестезии;
- пальпація міжреберних проміжків (болючисть, набряклість, симетричність);
- еластичність і резистентність грудної клітки;
- болючисть грудної клітки;
- товщина шкірно-підшкірної складки на симетрично розташованих ділянках грудної клітки;
- голосове тремтіння (симетричність, інтенсивність);
- хворобливість при натисканні в області додаткових пазух носа.

3.Перкусія:

А.Порівняльна (дати характеристику перкуторованого звуку на симетричних ділянках грудної клітки).

Б.Топографічна:

- висота стояння верхівок легенів спереду і ззаду (у дітей старше 7 років);
- ширина полів Креніга;
- висота стояння коріння легенів;
- нижні кордони легенів зліва і справа;
- рухливість нижнього краю легенів;
- визначення симптомів чаші Філософова, Аркавіна, Кораньї, Філатова.

4.Аускультация:

- характер дихання (везикулярне, пуерильне, бронхіальне, жорстке);
- наявність патологічних шумів:
- хрипи (сухі - що гудуть, дзижчать, свистячі; вологі - крупно-, середньо-, мелкопузырчатые; крепітація, - локалізація, інтенсивність);
- шум тертя плеври;
- дослідження бронхофонії;
- визначення симптомів Д"Еспіна, Домбровської.

Серцево-судинна система

1.Огляд:

- оцінка фізичного розвитку (див. соотв. розділ);
- пропорційність розвитку верхньої і нижньої половин тіла;
- огляд шкіри:

- колір (за наявності блідості, ціанозу, мармурового малюнка - вказати локалізацію, поширеність, умови виникнення);
- наявність висипань (аннулярная еритема, ревматичні вузлики, симптом «метелика» на обличчі);
- вираженість венозній мережі на голові, грудях, животі, кінцівках;
- огляд пальців рук (наявність «барабанных паличок», «годинних стекол»);
- наявність задишки (утруднений вдих, видих, участь вспомогательной мускулатури, умови появи, - у спокої або при фізичному навантаженні);
- пульсація судин шиї (артеріальна, венозна);
- симетричність грудної клітки, наявність «сердечного горба»;
- наявність серцевої пульсації, пульсації підстави серця;
- наявність епігастральної пульсації (шлуночкова або аортальна);
- верхівковий поштовх:
- локалізація (по межреберьям і лініях);
- площа (у квадратних сантиметрах);
- наявність набряків (локалізація, поширеність).

2.Пальпація:

- серцевий поштовх (наявність, локалізація, поширеність);
- верхівковий поштовх (локалізація, поширеність, резистентність, висота);
- тремтіння систоли або діастоли (наявність, локалізація, поширеність);
- пульсація периферических артерій (симетричність, частота, ритм, наповнення, напруга, форма, величина):
- променеві артерії;
- сонні артерії;
- стегнові артерії;
- артерії тилу стопи;
- дослідження венозної пульсації (на яремних венах);
- наявність набряків (на нижніх кінцівках, особі, у дітей грудного віку - в області грудини, живота, попереку, крижів, мошонки у хлопчиків);
- пальпація печінки (розміри, хворобливість, консистенція);
- пульсація судин шкіри спини (нижче за кути лопаток).

3.Перкусія:

- межі відносної тупості серця (права, верхня, ліва);
- межі абсолютної тупості серця (права, верхня, ліва);

- ширина судинного пучка (симптом чаші Філософова);
- поперечник відносної і абсолютної тупості серця (у см).

4. Аускультация.

А. Аускультация серця - проводиться у вертикальному положенні дитини, лежачи на спині. За наявності аускультативних змін - лежачи на лівому боці, у дітей шкільного віку – на висоті вдиху, на висоті видиху, після помірною фізичного навантаження (проби по Шалкову №№ 1 - 6).

При вислухованні 5 стандартних точок, всій ділянці серця, лівій паховій, підлопатковій, міжлопатковій областей необхідно охарактеризувати:

- частота серцевих скорочень;
- ритмічність тонів;
- кількість тонів;
- сила (гучність) I і II тони в кожній крапці;
- наявність расщиплення, роздвоєння I або (и) II тони (у яких точках, якому положенні дитини);

за наявності патологічних шумів дати їм характеристику:

- систолічний або (та) діастолічний;
- сила, тривалість, тембр, характер (наростаючий або слабшаючий);
- поширеність і місця найкращого вислуховання;
- ірадіація за межі серця - в ліву пахову, підлопаткову, міжлопаткову області, в область судин шії;
- залежність від положення тіла;
- динаміка після фізичного навантаження;
- шум тертя перикарду (наявність, локалізація, поширеність).

Б. Аускультация судин (за наявності патологічних шумів вказати локалізацію, інтенсивність, характер):

- артерії (аорта, сонні артерії, підключичні артерії, стегнові артерії);
- яремні вени.

В. Вимірювання артеріального тиску (систолічного і діастолічного):

- на руках (зліва і справа);
- на ногах (зліва і справа).

Система травлення

1. Огляд:

- порожнина рота :слизові оболонки (губ, щік, ясен, піднебіння, піднебінних мигдалин, піднебінних дужок, задньої стінки глотки);
- язик (вологість, наявність нальоту, вираженість сосочків);

- зуби (характеристика прикусу, кількість зубів - молочних, постійних, наявність карієсу);
- живіт (форма, розміри, симетричність, участь в акті дихання, вираженість венозній мережі, наявність видімої на око перистальтики, напруга і блиск шкіри, наявність рубців, пігментації та ін.);
- стан пупкового кільця (у дітей перших місяців життя);
- огляд періанальної області у дітей грудного віку (зіяння анусу, наявність попрілостей, тріщин).

2.Пальпація.

А) Поверхнева - з метою визначення:

- м'язової напруги;
- болючисті;
- гіперестезії шкіри;
- наявність крупних утворень;

Б).Глибокая:

- велика кривизна шлунку;
- відрізки товстого кишечника (діаметр, консистенція, болючість, рухливість):
 - сигмовидна кишка;
 - сліпа кишка;
 - поперечно-ободова кишка;
- печінка (розміри, болючість, консистенція, рухливість):
 - права доля;
 - ліва доля;
- селезінка (розміри, болючість, консистенція);
- підшлункова залоза (болючість);
- визначення симптому флюктуации.

Визначення симптомів :

1) ураження жовчного міхура:

- Кера;
- Георгієвського-Мюссе (френикус-симптом);
- Мерфі;
- Ортнера-Грекова;
- симптом ковзаючого биття;

2) ураження підшлункової залози:

- точка Дежардена;
- точка Мейо-Робсона;

3) при виразковій хворобі:

- больова точка при виразці кардіального відділу шлунку;
- больова точка при виразці дванадцятипалої кишки;
- точки Опенховського;
- точки Боаса;
- точки Певзнера;

4) при апендициті:

- Щоткіна-Блумберга;

3.Перкусія:

- визначення меж печінки і селезінки;
- визначення вільної рідини в черевній порожнині.

4.Аускультация:

- вислуховання шумів перистальтики;
- шум тертя очеревини (наявність, поширеність).

5.Аускультацияофрікія:

- визначення нижньої межі шлунку.

Сечовивідна система

1.Огляд:

- шкірні покриви (колір, наявність висипань);
- наявність набряків, пастозності (локалізація);
- наявність деформацій кісток черепа, кінцівок (локалізація, характер);
- огляд поперекової області (симетричність);
- огляд живота (величина, симетричність);
- огляд зовнішніх статевих органів (пороки розвитку, ознаки запалення);
- огляд сечі (колір, прозорість, наявність осаду).

2.Пальпація:

- нирок (правою і лівою, в горизонтальному і вертикальному положеннях хворого);
- сечового міхура (розміри, болючність);
- больові крапки при патології нирок: задні, реброво-поперекові, передні реброві;
- больові точки сечоводів: верхні, нижні;
- визначення пастозності і набряків (на гомілці, у дітей грудного віку - на грудині, в області крижів, мошонки у хлопчиків).

3.Перкусія:

- сечового міхура;
- визначення симптому Пастернацького.

Кровотворна система

1. Огляд:

- колір шкіри і слизових оболонок (наявність блідості, ціанозу, жовтяничності і ін.);
- огляд язика (вираженість сосочків);
- наявність геморагічних висипань на шкірі і слизових оболонках (локалізація, характер, симетричність, поширеність);
- наявність збільшених лімфовузлів (локалізація, симетричність);
- конфігурація і об'єм рухів в суглобах (див. дослідження суглобів);
- розміри і симетричність живота.

2. Пальпація:

- наявність набряків;
- пальпація периферичних лімфовузлів (див. відповідний розділ);
- болючість кісток, дефекти кісткової тканини (локалізація);
- пальпація змінених суглобів;
- розміри печінки і селезінки;
- проби на резистентність капілярів (джгута, щипка, укола, молоточковий симптом).

3. Перкусія:

- болючість плоских і трубчастих кісток;
- розміри печінки і селезінки (при утрудненій пальпації).

4. Аускультация:

- характеристика тонів серця (см.соответствующий розділ);
- аускультация крупних судин.

Ендокринна система

1. Оцінка фізичного розвитку (див. відповідний розділ).

2. Оцінка вторинних статевих ознак.

А. Дівчатка:

- розвиток молочної залози;
- оволосіння лобка;
- розвиток волосся в пахвовій западині;
- становлення менструальної функції.

Б. Хлопчики:

- оволосіння пахвової западини;
- оволосіння лобка;
- зростання щитовидного хряща;
- зміна тембру голосу;

- оволосіння тулуба.

3.Об'єктивне дослідження по органах і системах.

Імунна система

1.Огляд:

- наявність вроджених вад розвитку, стигм дисембриогенеза;
- оцінка фізичного розвитку (див. соотв. розділ);
- оцінка нервово-психічного розвитку (див. дослідження нервової системи);
- огляд шкіри і слизових оболонок (за наявності висипань, патології судин шкіри вказати локалізацію, поширеність, дати характеристику морфологічних елементів);
- огляд піднебінних мигдалин (при гіпертрофії вказати міру);
- колір волосся, наявність алопеції.

2.Пальпація.

- пальпація лімфовузлів (див. соотв. розділ);
- пальпація печінки і селезінки (див. дослідження органів травлення);
- проби на резистентність капілярів (джгута, щипка, молоточковий симптом).

3.Перкусія:

- визначення симптому чаші Філософова;
- визначення симптомів збільшення внутрішньогрудних лімфовузлів (Філатова, Аркавіна, Коран'ї).

4.Аускультация:

- аускультация легенів (див. дослідження органів дихання);
- аускультация серця (див. дослідження серцево-судинної системи);
- аускультация судин (наявність шуму «дзиги» в югулярной ямці при закиданні голови назад).

Додаток 5
МЕДИЧНІ МАНІПУЛЯЦІЇ,
ЯКІ ПЕРЕВІРЯЮТЬСЯ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ
ДРУГОЇ ЧАСТИНИ ДЕРЖАВНОГО ІСПИТУ

Техніка виконання штучного дихання (Волосовець О. П., Марушко Ю.В., 2008; Наказ Міністерства охорони здоров'я 15 січня 2014 року № 34)

При зупинці дихання (основна ознака клінічної смерті) потерпілого кладуть на спину, на рівну тверду поверхню та швидко звільняють його від стискаючого одягу. В першу чергу, здійснюється ревізія ротоглотки та верхніх дихальних шляхів.

Штучне дихання шляхом вдування повітря може здійснюватися різними способами. Якщо відсутні допоміжні пристрої, ШВЛ можна проводити за методом «рот до рота» або «рот до носа». Уникнути безпосереднього доторкання до рота хворого можливо за умови вдування повітря через марлеву серветку, хустку або будь-яку іншу нещільну тканину.

Техніка проведення штучної вентиляції легень «рот до рота» або «рот до носа». Для забезпечення прохідності дихальних шляхів виконується потрійний прийом Сафара – перерозгинання голови в атлантопотиличному суглобі, виведення вперед нижньої щелепи та розтулення рота (рис. 1).

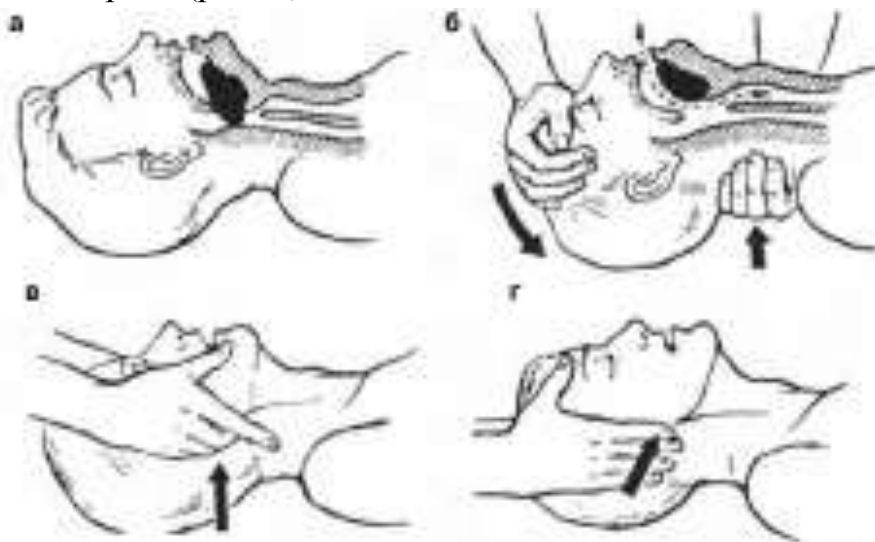


Рис 1. Потрійний прийом Сафара (<http://movie-mba.weebly.com>).

Видих здійснюється пасивно, за рахунок еластичних сил грудної клітки. Тривалість вдиху повинна бути у 2 рази менша ніж видиху.

При дихання за методикою «рот в рот і ніс» (у дітей віком до 1 року) реаніматор після попереднього вдиху щільно обхоплює своїми губами рот і ніс дитини, при диханні за методикою «рот в рот» (у дітей старших 1 року) – обхоплює своїми губами рот дитини, а ніс її затискує пальцями та вдуває повітря в дихальні шляхи постраждалого. Достатній об'єм кожного активного вдування – це об'єм, що забезпечує візуальне підняття грудної клітки дитини на вдихові, в середньому він становить 6-7 мл/кг.

Параметри проведення ШВЛ у різних вікових групах надані в таблиці.

Штучна вентиляція легень: початкові та наступні етапи її проведення

Показники	Вік дітей			
	Старше 8 років	1-8 років	До 1 року	До 1 місяця
Початкові вдихи	Два ефективні вдихи по 2 с кожен	Два ефективні вдихи по 1-1,5 с кожен	Два ефективні вдихи по 1-1,5 с кожен	Два ефективні вдихи по 1-с кожен
Наступні вдихи, хв	10	10-15	15	20

Після 1-2 пробних вдихів реаніматор оцінює характер екскурсії грудної клітки. Якщо її немає, то необхідно посторно (до 5 разів) виконати всі заходи по відновленню прохідності дихальних шляхів.

Для зручності проведення штучного дихання розроблено ручні апарати у вигляді гумового мішка Амбу, АРД-1 та інші з маскою (рис. 2). Після відновлення прохідності дихальних шляхів на ніс та рот хворого щільно накладають маску. Стискаючи мішок, роблять вдих, видих здійснюється через клапан мішка.

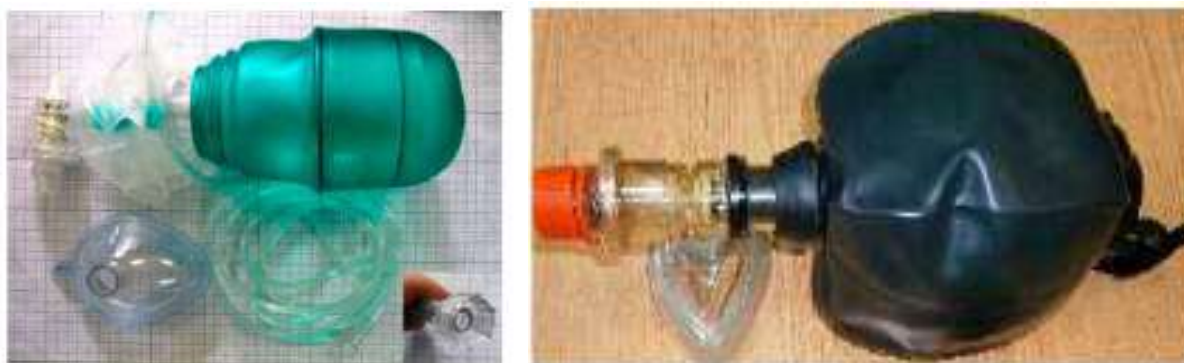


Рис 2. Мішок Амбу

Техніка виконання непрямого масажу серця

(Дудка П. Ф. і співавт., 2014.-С.56-60)

Непрямий масаж серця— механічний вплив на серце після його зупинки з метою відновлення його роботи та підтримки безперервного кровообігу.

Показанням до проведення масажу серця є всі випадки зупинки серця. Основними ознаками раптової зупинки серця є втрата свідомості, зупинка дихання або поява рідких, судомних вдихів, відсутність пульсу на сонних артеріях, розширення зіниць, виражена блідість шкірного покриву.

Перед масажем серця необхідно звільнити постраждалого від предметів туалету, що заважають рухові тіла, оглянути, чи нема перелому ребер (відламками можна поранити легені, печінку та інші органи);

Реаніматор знаходиться праворуч або ліворуч від пацієнта, вибравши відповідно до віку пацієнта положення рук, проводить ритмічне натискування на грудну клітку з частотою відповідного вікового цензу, співсталяючи силу натискування з пружністю грудної клітки.

Долоню одної руки помістити на нижню третину грудини, а долоню іншої руки покласти на тильну поверхню першої, перпендикулярно до її осі. Пальці першої кисті мають бути дещо підняті вгору і не чинити тиску на грудну клітку потерпілого (можливе також з'єднання пальців обох рук у замок) (рис. 3). При цьому потрібно стежити, щоб пальці не дотикались до поверхні грудної клітки.

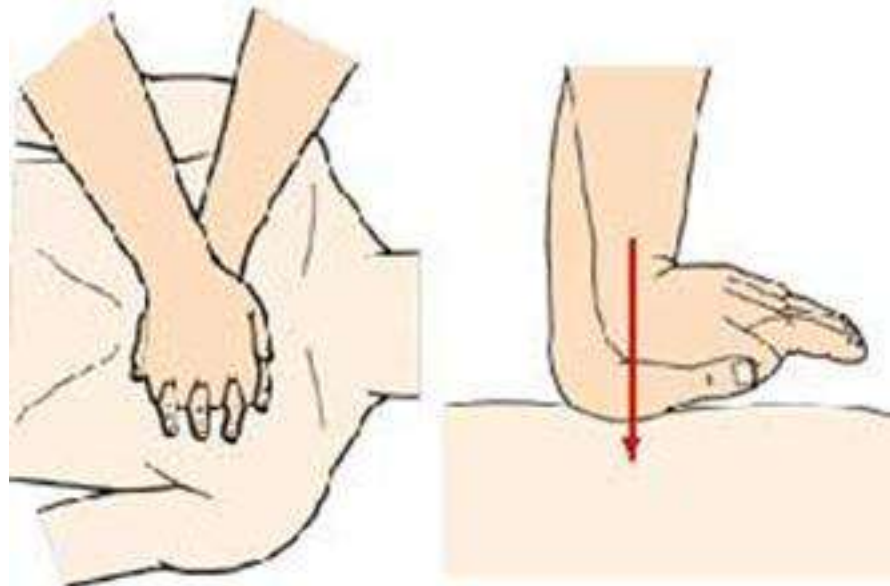


Рис 3. Техніка виконання непрямого масажу серця
(<http://intranet.tgmu.edu.ua>)

Дітям до 1 року під грудну клітку підставляють долоню, що дає можливість розведення плечового поясу і підтримки голови дитини в дещо запрокинутому стані або інший варіант – коли тулуб дитини знаходиться на передпліччі, а голова на долоні. Область натискування на грудину у новонароджених та немовлят – на ширину пальця нижче від пересікання між соскової лінії і грудини, амплітуда компресії – приблизно $1/3 - 1/2$ від передньо-заднього розміру грудної клітки дитини (1-3 см), орієнтована частота компресій 120-100 за хв.

У дітей до 1 року непрямий масаж серця проводиться двома пальцями однієї руки, або охоплюючи грудну клітку дитини з формуванням ригідної поверхні із чотирьох пальців на спині і використанням великих пальців на грудині для виконання компресій (рис. 4).



Рис 4. Методика проведення непрямого масажу серця
а – у дорослого; б – у підлітка; в – у немовляти

Непрямий масаж серця у дітей 1-8 років виконується основою долоні, що знаходиться на грудині на відстані одного пальця від її дистального кінця. Амплітуда компресії грудини повинна складати $1/3 - 1/2$ від передньо-заднього розміру грудної клітки (4-5 см), частота компресій – до 100 за хв.

Непрямий масаж серця у дітей старших 8 років виконується основою долоні однією руки, зверху хрест-нахрест покладеною долонею другої руки у вигляді метелика при компресії на випрямлених руках за кутом сіж руками і тілом в 90^0 так, щоб масаж проводити з максимально ефективною участю плечового поясу і маси тіла реаніматора. Область натискування знаходиться на границі середньої і нижньої третини грудини. Амплітуда компресії в залежності від віку та конституції дитини може бути 6-8 см, частота 80-100 за хв.

Масаж серця доцільно проводити паралельно зі штучною вентиляцією легень. Якщо допомогу надає одна людина, то спочатку

потрібно зробити 2 штучних вдиха, потім 15 натисків на грудину і т.д. Якщо оживлення проводять двоє, то один робить штучну вентиляцію легень, а інший – непрямий масаж серця. В цьому випадку виконується один вдих на 4 натиски на грудину. Під час вдиху не потрібно переривати масаж серця.

Відновлення прохідності дихальних шляхів (Дудка П.Ф. і співавт., 2014)

Існують декілька методів забезпечення прохідності дихальних шляхів у дітей при обтурації їх стороннім тілом. При видаленні стороннього тіла з дихальних шляхів доцільно дотримуватися так званого методу «п'ять плюс п'ять», який було запропоновано Червоним Хрестом. Потерпілому наносять сноюю долоні 5 різких ударів між лопатками. Після цього виконують п'ять піддіафрагмальних абдомінальних поштовхів – прийом Геймліха (рис. 5). Далі продовжують почергово наносити 5 ударів по спині та виконувати 5 піддіафрагмальних поштовхів до тих пір, поки стороннє тіло не зрушить з місця або постраждалий не втратить свідомість.



Рис. 5 Нанесення п'яти ударів між лопатками
(http://fullref.ru/files/123/03a6589e3abf569a40abb080e445e26c.html_files/9.jpg)

Нанесення 5 ударів між лопатками проводиться таким чином:

- рятівник стає позаду і трохи збоку відносно потерпілого;
- підтримуючи однією рукою грудну клітку, необхідно нахилити потерпілого так, щоб його тулуб був нижче за горизонтальну лінію;
- нанести зростаючі за інтенсивністю удари між лопатками нижньою частиною долоні;

- після кожного нанесеного удару необхідно оцінити ступінь відновлення прохідності дихальних шляхів.

У разі отримання позитивного результату, кількість нанесених ударів може бути менше 5.

Проведення піддіафрагмальних абдомінальних поштовхів (прийом Геймліха). Для правильного виконання цього прийому необхідно дещо нахилити потерпілого вперед, стати позаду та охопити його навколо талії. За потреби можна трохи присісти, щоб перебувати на одному рівні з тілом потерпілого. Стиснути одну руку в кулак та розташувати її трохи вище пупка потерпілого, а іншою рукою охопити кулак. Швидким, спрямованим угору рухом натиснути на живіт, немов би намагаючись підняти потерпілого. За необхідності виконують всю серію з п'яти піддіафрагмальних поштовхів (рис. 6).



Рис 6. Прийом Геймліха (стрілкою вказано напрямок рухів)
 (<http://www.yasen.su/wp-content/uploads/2011/08/inorodnoe-telo-150x150.jpg>;
<http://liceumwolsztyn.pl/sites/default/files/18.jpg>)

При наданні допомоги постраждалій дитині:

Укласти дитину вниз обличчям на свою ліву руку і ліве стегно (злегка зігнувши ногу в колінному суглобі). Притискаючи ніжки дитини плечем і передпліччям лівої руки до свого тулуба, опускаючи голову дитини вниз, правою рукою нанести декілька ударів по спині.

Немовляти помістити на передпліччі своєї руки вниз головою, утримуючи його в такому положенні за плічки і нанести 3-4 удару по міжлопатковій області.

Дитину можна утримувати за ніжки головою вниз (тільки короткочасно) і постукувати в цьому положенні по спині (рис. 7).



Рис. 7. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у дитини (<http://www.tedaviyontemleri.net/wp-content/uploads/cocuk-bogulmas%C4%B1-tedavi.jpg>; <http://ulfablaba.free.fr/images/2011/02%20-%20version%20blog/la%20vie/38/09.jpg>; http://ceratoclubmoscow.ru/information/first_aid/2-5-1.jpg)

Для звільнення дихальних шляхів у потерпілого, що знаходиться без свідомості, сядьте зверху на ноги потерпілого і обома долонями різко натисніть у піддіафрагмальну ділянку у напрямку діафрагми або безпосередньо на реберні дуги (рис. 8). Повторити серію натискувань (до 5 раз) до видалення стороннього тіла.





Рис. 8. Звільнення дихальних шляхів у потерпілого, що знаходиться без свідомості. (<https://lh3.googleusercontent.com/DsebiatBVzg-wB1hirlzQa8hQ37oKfU6aUMAr9N0bRA=w302-h207-p-no>)

У разі неефективності описаних вище прийомів необхідно створити допоміжний дихальний шлях (провести коніко- або трахеопункцію, коніко- або трахеотомію).

Реєстрація ЕКГ

(Коваленко В.Н., 2008)

Умови проведення електрокардіографічного дослідження

ЕКГ реєструють у спеціальному приміщенні, віддаленому від можливих джерел електричних перешкод: електромоторів, фізіотерапевтичних і рентгенівських кабінетів, розподільних електрощитів. Кушетка повинна знаходитися на відстані не менше 1,5-2 м від проводів електромережі. Доцільно екранувати кушетку, підклавши під пацієнта ковдру зі вшитой металевією сіткою, яка повинна бути заземлена.

Дослідження проводиться після 10-15-хвилинного відпочинку і не раніше ніж через 2 год після їжі. Хворий повинен бути роздягнений до пояса, гомілки також звільнені від одягу.

Запис ЕКГ проводиться звичайно в положенні лежачи на спині, що дозволяє домогтися максимального розслаблення м'язів.

Накладення електродів

На внутрішню поверхню гомілок і передпліч у нижній їх третині накладають 4 пластинчастих електрода, а на груди встановлюють один або кілька (при багатоканальній записи) грудних електродів, використовуючи гумову грушу-присоску.

Підключення проводів до електродів

До кожного електроду, встановленому на кінцівках або на поверхні грудної клітки, приєднують дріт, що йде від електрокардіографа і маркований певним кольором. Загальноприйнятою є маркування вхідних проводів (рис. 9-10):

- права рука - червоний колір;
- ліва рука - жовтий;
- ліва нога - зелений,
- права нога (заземлення пацієнта) - чорний;
- грудний електрод - білий.

V1 – IV міжребер'я праворуч від груднини

V2 – IV міжребер'я зліва від груднини

V3 – між V2 і V4

V4 – п'яте міжребер'я вздовж середньо-ключичної лінії

V5 – п'яте міжребер'я вздовж передньо-пахвової лінії

V6 – п'яте міжребер'я вздовж середньо-пахвової лінії

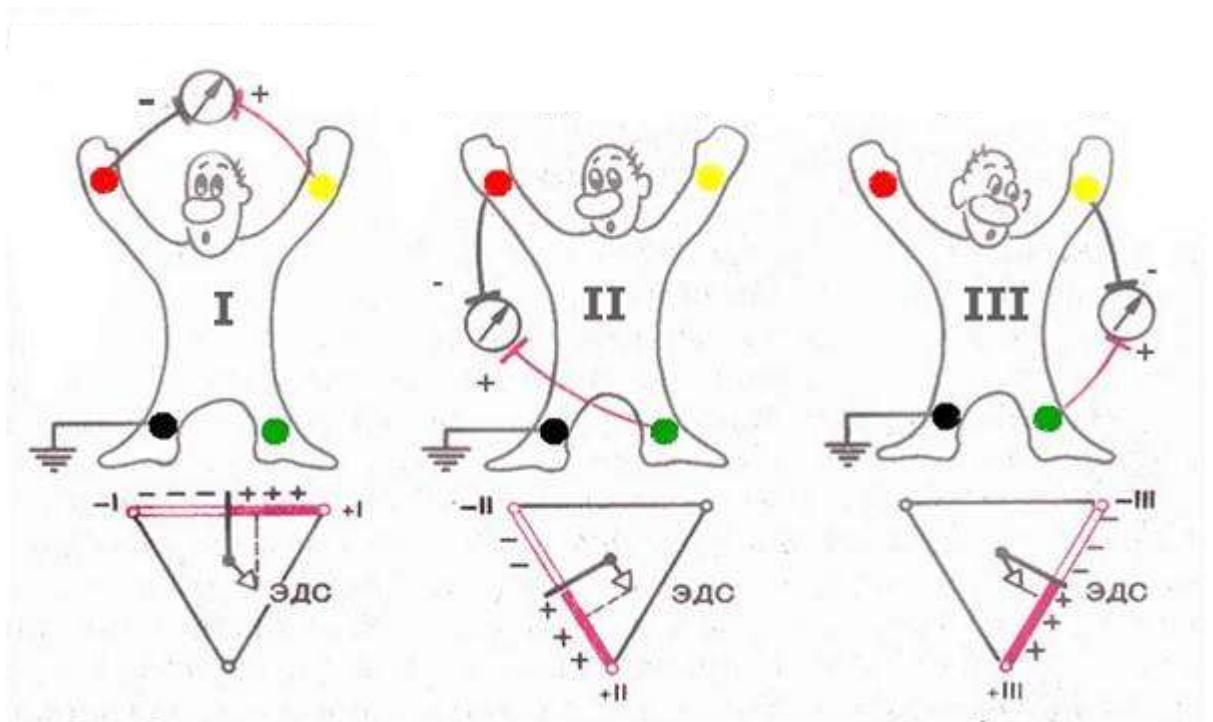


Рис. 9. Формування трьох стандартних відведень

(<http://ok-t.ru/studopediaru/baza4/935094578127.files/image007.jpg>)

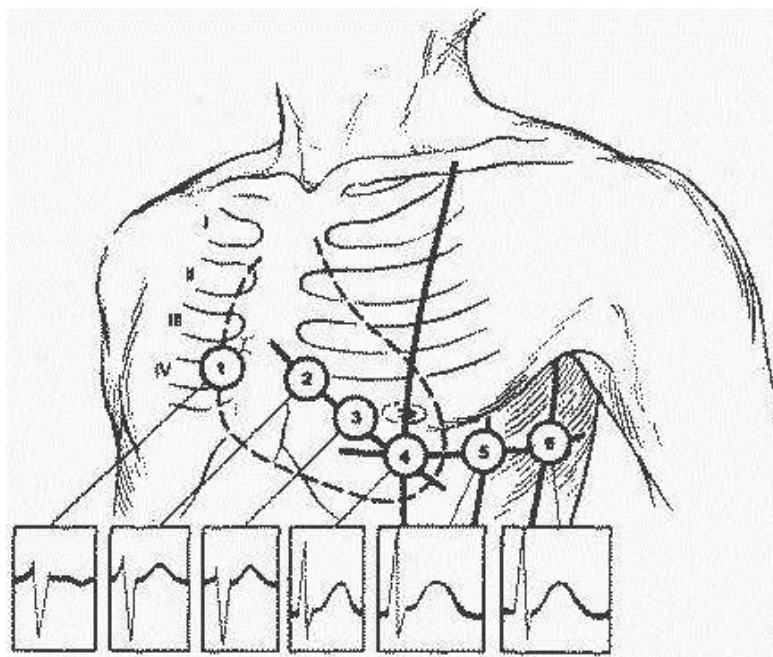


Рис. 10. Точки грудних відвідень ЕКГ

(http://kzdocs.docdat.com/pars_docs/refs/15/14473/14473_html_f336a9d.jpg)

Запис ЕКГ

Запис ЕКГ проводять при спокійному диханні, а також на висоті вдиху (у відведенні II). Спочатку записують ЕКГ в стандартних відведеннях (I, II, III), потім у посилених відведеннях від кінцівок (aVR, aVL і aVF) і грудних (V1-V6). У кожному відведенні записують не менше 4 серцевих циклів PQRS. ЕКГ реєструють, як правило, при швидкості руху паперу 50 мм/с.

Зупинка зовнішніх кровотеч (*Запорожець О. І. і співавт., 2013.*)

Засоби спинення кровотечі можна поділити на дві групи - попередні, або тимчасові, і остаточні. Для надання першої медичної допомоги користуються тимчасовими засобами зупинення кровотечі, а остаточна зупинка виконується у медичному закладі.

Артеріальна кровотеча - виникає при пошкодженні великих артерій (кров світло-червоного кольору, б'є фонтаном).

Перша допомога :

- притиснути артерію пальцем або декількома пальцями до кістки (рис.11);
- на невеликі кровоточиві артерії накладають давлучу пов'язку иа максимально згинають уражену кінцівку, на великі – джгут або закрутку (рис. 12);

- підняти кінцівку доверху;



Рис 11. Зупинка артеріальної кровотечі за допомогою пальця
 (<http://gdz4you.com/prezentacii/prezentacii-biologija/7952-prezentaciya-na-temu-krovotechi-yih-klassifikaciya.html>)

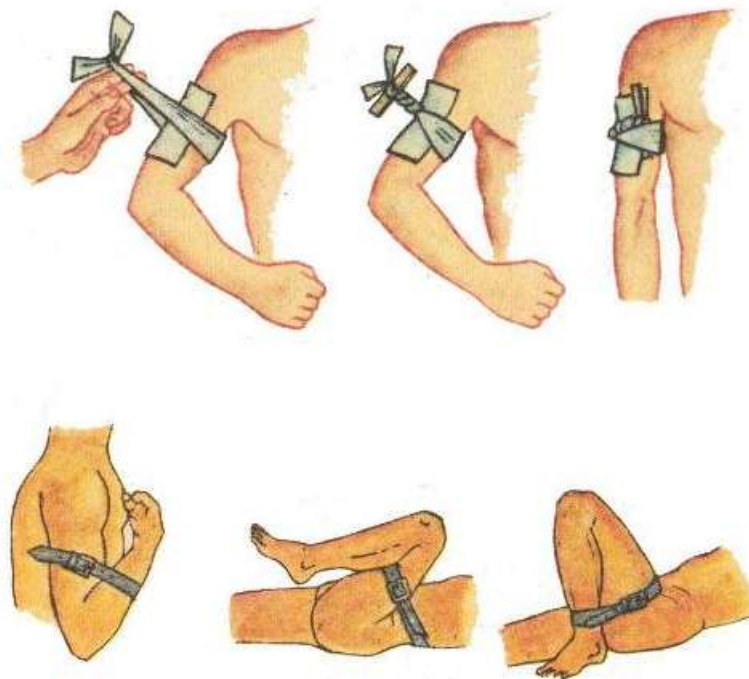


Рис 12. Зупинка артеріальної кровотечі за допомогою джгута та максимального згинання ураженої кінцівки (<http://velikol.ru/dosta>)

Правила і техніка накладання кровоспинного джгута.

Джгут накладають при ушкодженні великих артеріальних стовбурів кінцівки.

1. Накладають джгут на рівну підкладку без складок.
2. При кровотечі з верхньої кінцівки джгут розташовується на верхній третині плеча; при кровотечі з артерій нижньої кінцівки - на середній третині стегна.
3. Джгут накладають на припідняту кінцівку: підводять його під місце, де він буде накладатись, енергійно розтягують і, підклавши під нього м'яку підкладку (бинт, одяг, тощо), накручують його декілька разів до повної зупинки кровотечі так, щоб його тури лягали один до одного і щоб між ними не потрапили складки шкіри. Кінці джгута надійно зв'язують або щеплюють за допомогою петельки та гачка.
4. Правильність накладання джгута перевіряють по зупинці кровотечі та зникненню пульсу, кольору шкіри (при правильно накладеному джгуті шкіра бліда).
5. Після накладання джгута під нього підкладають записку про час його накладання у 24-годинному обчисленні.
6. Не можна ховати джгут під пов'язку або одяг, він повинен одразу впадати в очі.
7. Джгут може бути накладений не довше як на 1,5 години, а у дітей не довше 40 хвилин, в холодну пору року не довше 40 хв. у дорослих та 20-30 хв. у дітей.
8. Після накладання джгута необхідно обов'язково зробити іммобілізацію кінцівки стандартною або транспортною шиною, при її відсутності - за допомогою підручних засобів.
9. Транспортують потерпілого з джгутом до лікувального закладу у першу чергу.

При відсутності стандартного джгута артеріальна кровотеча може бути зупинена підручними засобами: за допомогою закрутки або поясного пасока.

При пораненні судинного пучка шиї, щоб притиснути сонну артерію джгут накладають за методом Микуліча, за допомогою шини Крамера. Шина, яка накладена на здорову бокову сторону, упирається в голову та плече та служить каркасом, джгут накладають навколо шиї, підклавши під нього ватно-марлевий валик, при цьому він стискає судинний пучок тільки з одного боку. Якщо шина відсутня, використовують руку постраждалого. Для цього її кладуть на голову і плече використовують замість шини.

Помилки при накладанні артеріального джгута

1. Накладання джгута без потреби (відсутність артеріальної кровотечі).
2. Накладання джгута на оголене тіло.
3. Дуже сильне стиснення джгутом, що призводить до травмування нервових стовбурів і може стати причиною виникнення невритів, паралічу,

омертвіння тканин.

4. Слабо накладений джгут, що не спиняє кровотечі.

5. Неправильний вибір місця накладання джгута.

6. Госпіталізація (евакуація) без записки про час накладання джгута або зі джгутом, схованим під одягом, може призвести до несвоєчасного надання медичної допомоги і омертвіння кінцівки.

Для тимчасової зупинки кровотечі із судин кінцівок можна використати також метод максимального згинання кінцівок у суглобах. При кровотечі з підключичної або з плечової артерії руки заводять за спину та фіксують їх пов'язкою. При кровотечі з верхньої кінцівки використовують тугий валик розміром з кулак потерпілого, який підкладають у під пахвову ділянку, плече щільно фіксують до тулуба до повної зупинки кровотечі. Якщо кровоточать судини передпліччя, руку згинають у ліктьовому суглобі. При кровотечі із рани гомілки або ступні ногу згинають у колінному суглобі. Обов'язковою умовою є те, що необхідно підкладати валик перед тим, як максимально згинати кінцівку у суглобі.

Венозна кровотеча - кров темно-червоного кольору, тиск крові невисокий.

Перша допомога:

- підняти кінцівку вгору;
- максимально зігнути кінцівку в суглобі (рис.13);
- накласти давячу пов'язку.

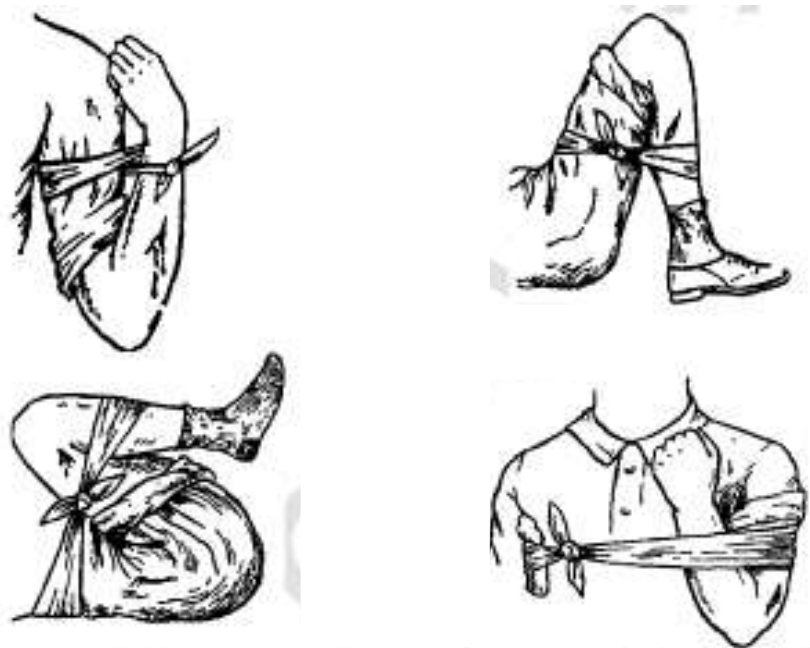


Рис 13. Зупинка венозної кровотечі згинанням кінцівки в суглобі.
(<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q>)

Пов'язка накладається нижче місця травми. На рану кладуть стерильну серветку, на нею - щільну пов'язку. Невеликі кровотечі можуть зупинитися самі внаслідок закупорки тромбом, який утворився при зсіданні крові.

Капілярна кровотеча характеризується тим, що кров просочується з пошкоджених тканин невеликими краплями.

Перша допомога:

- обробити шкіру навколо рани розчином йоду;
- накласти на рану давлячу пов'язку (рис. 14).



Рис 14. Накладання давлячої пов'язки

(<http://www.ssmf-almaty.kz/images/uploads/stati/7/2.jpg>)

Долікарська допомога при внутрішній кровотечі

Ефективних засобів тимчасового підтримання гомеостазу при внутрішній кровотечі немає, але існують певні методи, які значною мірою можуть послабити її і дозволяють виграти час для направлення потерпілого в хірургічне відділення і екстреного втручання. Це забезпечення спокою, для чого хворого слід покласти на рівну поверхню, в напів сидячому положенні, заборонити вживання їжі та пиття, застосувати холод, наприклад, міхур з льодом на живіт. Транспортують хворого в положенні лежачи на ношах.

Долікарська допомога при носовій кровотечі

При носовій кровотечі голова має бути у вертикальному положенні злегка відхилена назад, на перенісся кладуть міхур з льодом або хустинку, змочену холодною водою, забезпечують достатній приток повітря. Часто вдається зупинити носову кровотечу сильним здавлюванням ніздрів протягом 3-5 хвилин (рис. 15). Хворого треба заспокоїти, пояснити, що різкі рухи і спроби очистити ніс посилюють кровотечу. При безрезультатності цих засобів проводять міні-тампонаду порожнини носа, для чого в ніздрі вводять тампони з вати, змочені 3% розчином перекису водню.



Рис. 15. Зупинка носової кровотечі (<http://serdec.ru/files/2015/kr-nos-reb-3.jpg>)

Первинна обробка рани

Рани – пошкодження цілості шкіряних покривів тіла та слизових оболонок у результаті механічної дії на них.

Ознаки: кровотечі, біль, розходження країв рани, утворення раненого каналу.

Перша допомога:

- Обробка рани проводиться тільки чистими руками.
- Забруднену шкіру необхідно очистити шматочками марлі, змоченої в спирті
- Місце навколо рани необхідно обробити 5 % розчином йоду або 2 % розчином брильянтового зеленого.
- Перед обробкою з рани необхідно видалити сторонні тіла, після чого промити чистою водою (краще кип'яченою).
- Якщо рана сильно кровоточить, то спершу необхідно зупинити кров.
- Якщо з рани видніються нутроці, їх не чіпають, накладається стерильна пов'язка і хворий транспортується в медичний заклад.
- Після промивання рани, її обробляють антисептиком (наприклад, хлоргесидіном).
- Після обробки рани накладається стерильна пов'язка.

Промивання шлунка, кишечника

(Касевич Н.М. 2009; Анішин А.В., 2001; <http://on2.docdat.com/docs/3205/index-5254.html>)

Промивання шлунка

Процедура видалення з шлунка його вмісту, що застосовується з лікувальною метою або для діагностичного дослідження одержуваних промивних вод.

Показанням до лікувального промивання шлунка є отруєння різними речовинами, прийнятими усередину, харчові отруєння, гастрити з рясним утворенням слизу, рідше - уремія (при значному виділенні азотовмісних сполук через слизову оболонку шлунка), гострий некроз шлунка та ін. Діагностичне промивання шлунка застосовують при захворюваннях шлунка (головним чином для цитологічного дослідження промивних вод), а також для ідентифікації отрути при отруєннях і для виділення збудника при бронхолегеневих запаленнях (у разі вживання хворим харкотиння) та інфекційних ураженнях шлунка.

Протипоказання до промивання шлунка зондовим методом: великі дивертикули і значне звуження стравоходу, віддалені терміни (більше 6-8 ч) після важкого отруєння міцними кислотами і лугами (можлива перфорація стінки стравоходу).

Методика і техніка виконання. Для промивання шлунка зазвичай використовують товстий шлунковий зонд і лійку.

Хворий сідає на стілець, щільно притулившись до його спинки, злегка нахиливши голову вперед і розсунувши коліна, щоб між ногами можна було поставити відро або таз. Перед промиванням шлунка на хворого надягають клейончастий фартух. При отруєнні припікуючими отрутами (крім фосфоровмісних), хворому перед промиванням шлунка пропонують випити 50 мл рослинного масла.

Лікар стоїть з правого боку від хворого і правою рукою вводить змочений водою товстий шлунковий зонд до кореня язика, слідом за цим хворого просять зробити кілька ковтальних рухів, в результаті чого зонд легко проникає через стравохід у шлунок. Просування зонда у деяких хворих може викликати блювотний рефлекс; в цих випадках хворому пропонують дихати глибоко і часто, а лікар швидко вводить зонд.

Глибина введення зонда - вимірюють відстань від різців до пупка обстежуваного і додають ширину його долоні.

Промивання шлунка складається з двох етапів. На першому етапі воронку, розташовану на рівні колін хворого дещо нахилиють (щоб не ввести повітря в шлунок), починають піднімати вище рівня рота хворого

поступово наповнюючи її промивної рідиною. На другому етапі воронку, рівень води в якій досягає вузької частини, опускають вниз до рівня колін хворого і чекають, поки вона наповниться вмістом шлунка (рис. 16), після чого перекидають над тазом.



Рис 16. Техніка промивання шлунка
(<http://vashorganism.ru/wp-content/uploads/2015/10/.jpg>)

Як тільки рідина перестане витікати з воронки, її знову наповнюють розчином і повторюють процедуру до тих пір, поки вода не стане чистою. Першу і останню порції промивних вод доставляють у лабораторію для дослідження.

Під час проведення даної процедури потрібно слідкувати за станом хворого і вмістом промивних вод. Якщо з'являються прожилки крові, то процедуру припиняють. При появі чистих промивних вод лійку знімають із зонда, а зонд швидким рухом виймають.

Одноразові об'єми для промивання шлунку у дітей

Вік	Об'єм рідини, мл	Вік	Об'єм рідини, мл
Новонароджені	15-20	2-3 роки	200-250
1-2 міс.	60-90	4-5 років	300-350
3-4 міс.	90-100	6-7 років	350-400
5-6 міс.	100-110	8-11 років	400-450
7-8 міс.	110-120	12-15 років	450-500
9-12 міс.	120-150	Старше 15 років	500-800

Хворим, які знаходяться в коматозному стані, промивання шлунка проводять у положенні лежачи на животі. В окремих випадках для промивання шлунка використовують тонкий поліхлорвініловий зонд, який вводять через ніс.

Промивання кишечника.

Очисна клізма - призначається для виділення із нижніх відділів товстої кишки калових мас та газів.

Основними показаннями є:

- затримка випорожнення,
- виражений метеоризм,
- оперативні втручання на черевній порожнині,
- пологи, аборт,
- підготовка до рентгенологічного та УЗД шлунка, тонкої і товстої кишок,
- перед постановкою лікувальної або харчової клізми,
- При отруєннях.
- При хронічних закрепах не слід зловживати очисними клізмами тому, що розвивається привикання.

Для постановки очисної клізми використовують кухоль Есмарха, штатив, посудину на 2 л води з температу-рою 25-35°C, гумову трубку, наконечник, клейонку, таз, гумові рукавички, вазелінову олію.

Методика проведення: хворого кладуть на лівий бік на край кушетки із зігнутими і підтягнутими до живота ногами, що сприяє розслабленню м'язів черевного пресу. Під сідниці розстеляють клейонку, нижній край якої звішений майже до підлоги і заходить у підкладне судно, тазик (на випадок, якщо хворий не зможе втримати воду).

До кухля Есмарха приєднують гумову трубку завдовжки 1,5 м та діаметром 1 см. До нижнього кінця трубки приєднують наконечник, який змащують вазеліном. В кухоль Есмарха наливають необхідну кількість води кімнатної температури і піднімають його догори. Відкривають кран на гумовій трубці і заповнюють усю систему водою шляхом випускання її через наконечник. Після цього кран на трубці закривають.

Змащений вазеліновою олією наконечник беруть пальцями правої руки. Пальцями лівої руки розводять сідниці хворого і вводять наконечник легкими обертальними рухами у задній прохід. Спочатку 3-4 см наконечника вводять у напрямку до пупка, а далі 5-8 см - паралельно куприку. Не можна вводити наконечник із зусиллям, бо це може привести до травмування стінки прямої кишки (рис. 17). Кухоль Есмарха

закріплюють на штативі. Відкривають кран на гумовій трубці, і вода під тиском надходить у просвіт товстої кишки.

При закупоренні наконечника каловими масами його потрібно витягнути, очистити і ввести знову. Якщо пряма кишка заповнена калом, то його намагаються розбити струменем води. Якщо і це не допомагає, то кал з прямої кишки стараються дістати вказівним пальцем правої руки у гумовій рукавичці, змащеній вазеліном.

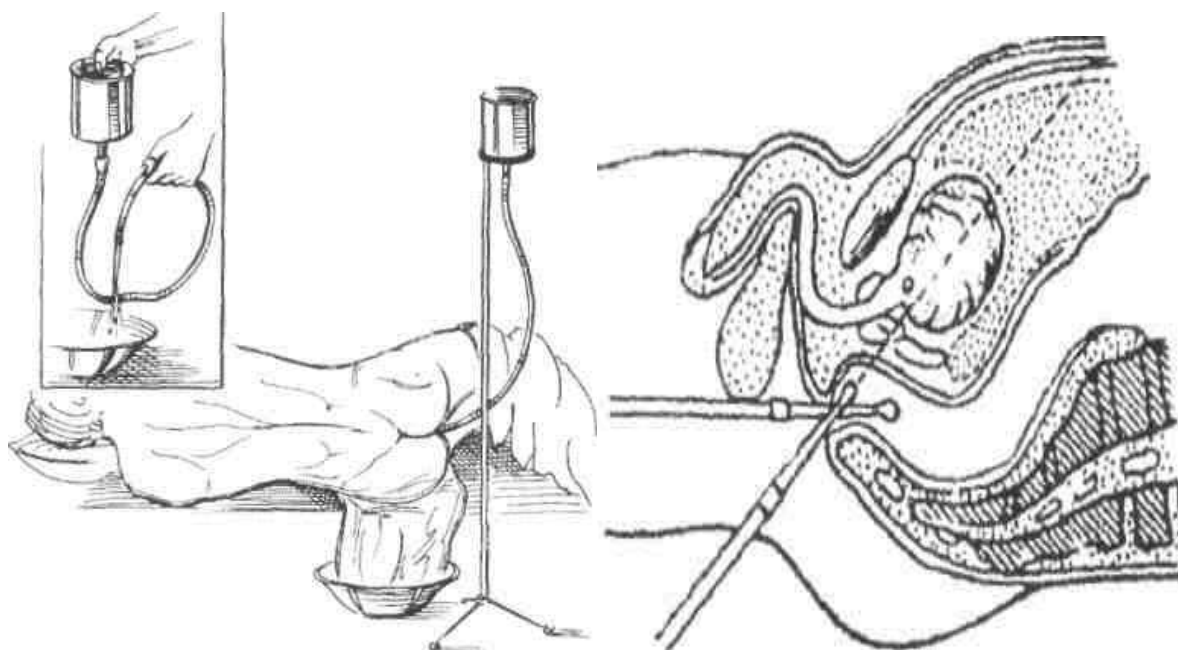


Рис. 17. Техніка проведення очисної клізми (<http://intranet.tdmu.edu.ua/data/.../лекція%2016.ppt>)

Після проведення процедури на дні кувалда Есмарха повинно залишитися трохи води, щоб попередити проникнення повітря в кишки. Кран на гумовій трубці закривають і поступовими обертальними рухами виводять наконечник із заднього проходу.

Після введення води хворого просять затримати її у кишках не менше ніж на 5-10 хв. Це потрібно для того, щоб сила перистальтичних скорочень стала достатньою для ефективного випорожнення товстої кишки. Потрібно пам'ятати, що одночасно не можна вводити велику кількість рідини.

При необхідності клізму можна повторити через 3-4 год.

Після проведення процедури наконечник відокремлюють від трубки, занурюють в 1% розчин хлораміну і кип'ятять протягом 15-20 хв. Після цього наконечник промивають чистою водою.

Сифонна клізма - призначають при відсутності ефекту від очисної або послаблюючої клізми, кишковій непрохідності, отруєннях, а також для видалення з кишок продуктів бродіння, гниття, слизу, газів.

Протипоказаннями для постановки такої клізми є тромбоз і тромбоемболія судин очеревини, гостра серцево-судинна недостатність.

Для проведення сифонної клізми використовують велику лійку об'ємом 1-1,5 л, з'єднану з гумовою трубкою завдовжки 1,5 м і діаметром 1 см; гумовий наконечник (20-30 см); дзбан, клейонку, судно, гумові рукавички, марлеві серветки, вазелінову олію, 10-12 л чистої води або слабкого розчину калію перманганату. Під сідниці підкладають клейонку, нижній кінець якої знаходиться в судні. Одягають гумові рукавички.

Наконечник гумового зонда змащують вазеліном.

Пальцями лівої руки розводять сідниці і трьома пальцями правої руки обережними обертовими рухами вводять зонд на 20-30 см у пряму і сигмоподібну кишки.

На вільний кінець трубки насаджують лійку і розташовують її нижче рівня кушетки. Далі лійку майже до верху заповнюють чистою водою, після чого її повільно піднімають до 0,5-1 м над рівнем хворого (рис. 18).

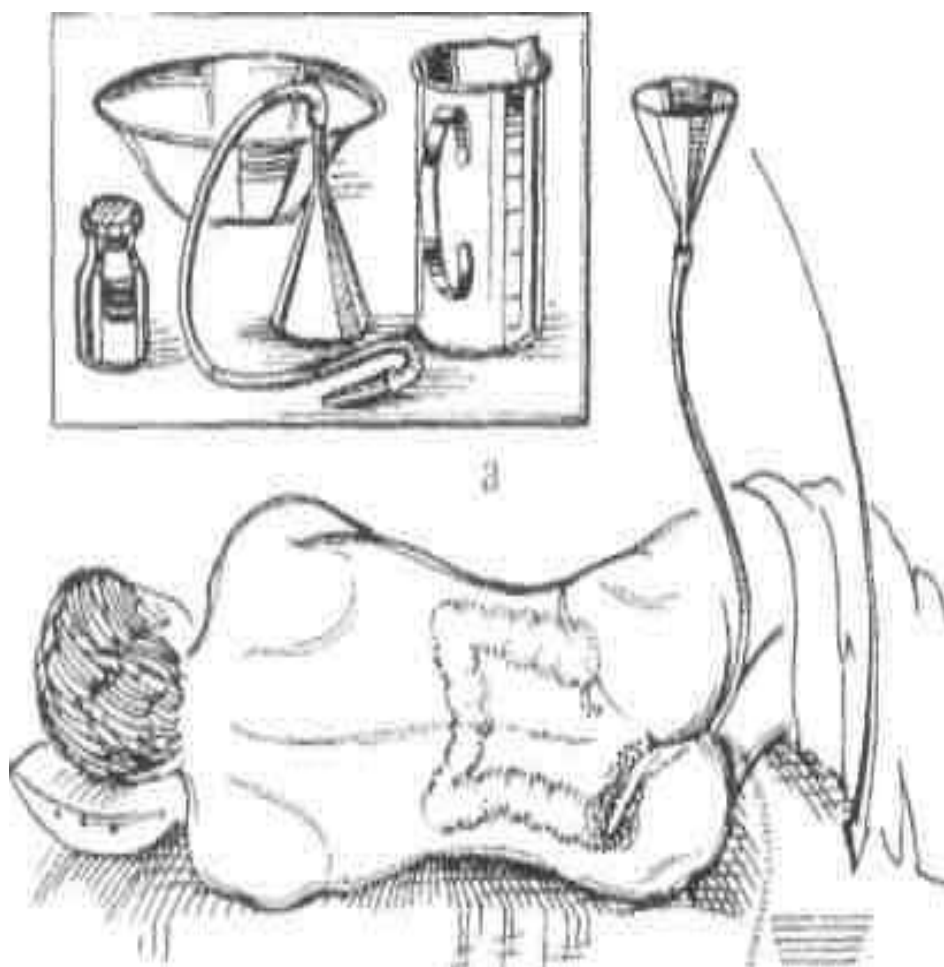


Рис. 18. Техніка проведення сифонної клізми
(<http://intranet.tdmu.edu.ua/data/.../лекція%2016.ppt>)

Коли рівень води в лійці досягне нижнього звуження, її опускають нижче кушетки, на якій лежить хворий. Вода з газами і каловими масами поступає у лійку. Все це виливають у судно. Лійку знову заповнюють чистою водою і піднімають над тілом хворого і так можуть повторювати до 10-15 разів, поки з кишки не буде виходити чиста вода.

Під час проведення процедури потрібно слідкувати за тим, щоб лійка при наповненні водою була нахиленою і повітря не потрапляло до кишок, бо це погіршує їх очищення. Слідкують, щоб із кишок вийшло не менше рідини, ніж було введено.

Після закінчення процедури лійку знімають, миють і кип'ятять, а гумову трубку залишають у прямій кишці ще на 10-20 хв для відтоку рідини і відходження газів. Після цього її промивають проточною водою з милом, занурюють в 1% розчин хлораміну, далі знову промивають проточною водою і кип'ятять. Ділянку заднього проходу обмивають і витирають ватними тампонами.

Кількість рідини, що необхідно для очищення кишечника

Вік дитини	Об'єм рідини для проведення очисної клізми, мл	Об'єм рідини для проведення сифонної клізми, мл
1-2 міс.	30-40	-
2-4 міс.	60	800-1000
6-9 міс.	100-120	1000-1500
9-12 міс.	200	1500-2000
2-5 років	300	2000-5000
6-10 років	400-500	5000-8000

Транспортна іммобілізація

(<http://intranet.tdmu.edu.ua/data/cd/vijskova/html/Rozdil06/r06.html>)

Очновні принципи транспортної іммобілізації (рис. 19-22):

1. Шина обов'язково повинна фіксувати два, а іноді (нижня кінцівка) 3 суглоба.
2. При іммобілізації кінцівки необхідно по можливості надати їй фізіологічне положення, а якщо неможливо – таке положення, при якому кінцівка менш всього травмується.
3. При закритих переломах необхідно до кінця іммобілізації виконати легке та обережне витягування пошкодженої кінцівки.
4. При відкритих переломах вправляти уламки заборонено – накладається стерильна пов'язка і кінцівку фіксують у тому положенні, в якому вона

знаходилась на момент пошкодження.

5. При закритих переломах знімати одяг з хворого не потрібно.
6. Шини не накладаються безпосередньо на тіло: необхідно накласти м'яку підстилку (вата, сіно, рушник).
7. Під час перекладання хворого з носилок пошкоджену кінцівку повинен тримати помічник.
8. Потрібно пам'ятати, що неправильно виконана іммобілізація може нанести шкоду в результаті додаткової травматизації.

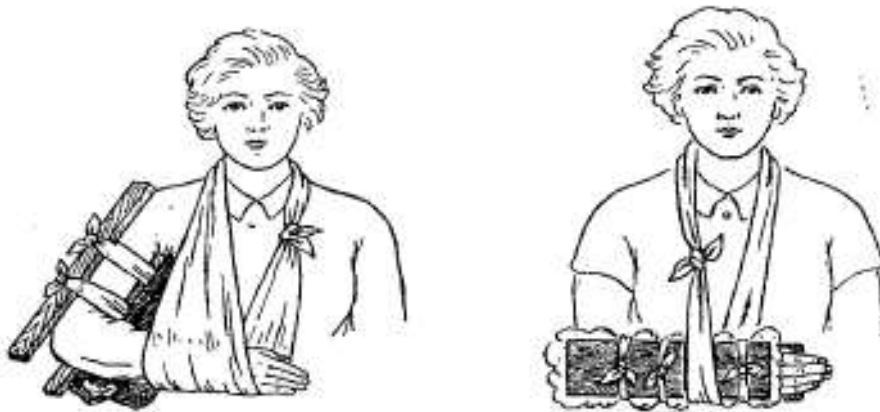


Рис. 19. Накладення шини при переломі верхніх кінцівок з підручного матеріалу.



Рис. 20. Накладання шини пот переломі стегна

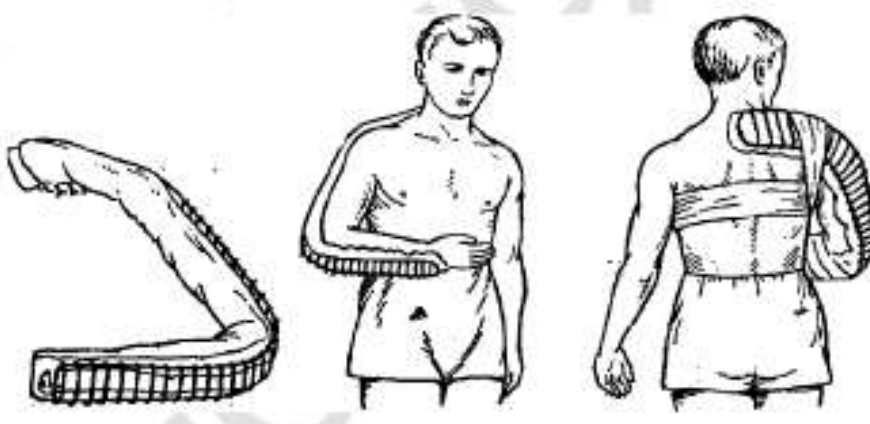


Рис. 21. Накладення шини Крамера при переломі верхніх кінцівок

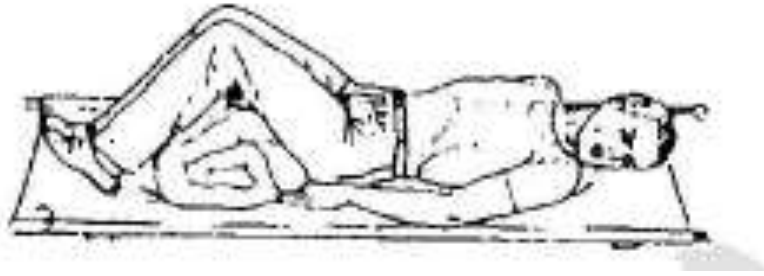


Рис. 22. Положення потерпілого з переломом кісток тазу при транспортуванні

Техніка виконання ін'єкцій лікарських речовин (http://nmu-s.net/load/khirurgija/obshhaja_khirurgija/praktichni_navichki_na_derzhavnij_ispit/9-1-0-691)

Внутрішньом'язові ін'єкції

Техніка виконання. Внутрішньом'язові ін'єкції рекомендується проводити у верхній зовнішній квадрант сідничної області або і передньо-зовнішню поверхню стегна. Шкіру над місцем ін'єкції після обробки спиртом фіксують пальцями; голкою завдовжки 6-8 см, надітою на шприц, проколюють шкіру (перпендикулярно до її поверхні), підшкірну клітковину, фасцію, потім підсмоктуючим рухом поршня шприца перевіряють позасудинне розташування голки і нагнітаючим рухом проводять уприскування (рис. 23).

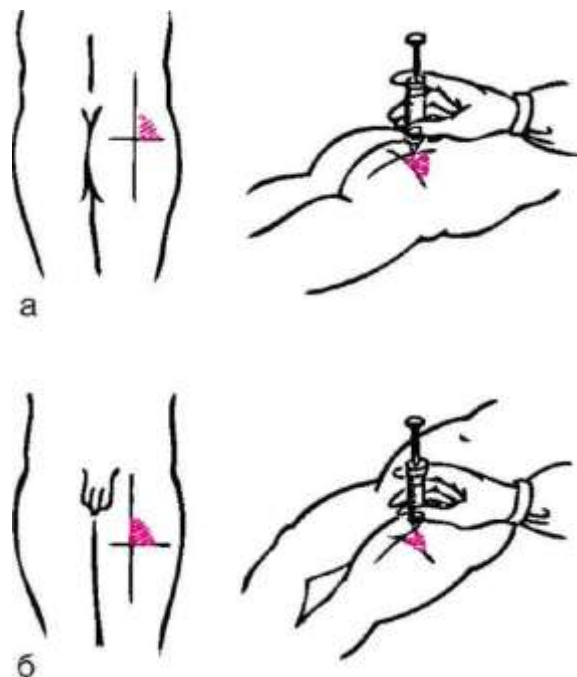


Рис. 23. Техніка виконання внутрішньом'язових ін'єкцій
(http://vmede.org/sait/content/Pediatriciya_ob_uxod_3aprudnov_2009/29_files/mb4_006.jpeg)

Можливі ускладнення. Попадання деяких лікарських речовин в підшкірно-жирову клітковину викликає сильне подразнення, утворення абсцесів. Для попередження необхідно розрахувати товщину підшкірно-жирового шару, шприц під'єднувати до голки після введення її в м'яз. При кровотечі, крововиливі зупинка їх здійснюється притисненням місця ін'єкції стерильною марлевою кулькою.

Підшкірні ін'єкції

Техніка виконання. Підшкірні ін'єкції лікарських речовин загальної дії рекомендується проводити в зовнішню поверхню плеча, стегна, підлопаткову область, передню стінку живота або в сідничну область. Для виконання підшкірної ін'єкції шкіру протирають ваткою, змоченою в спирті, потім її захоплюють в складку і зволікають пальцями однієї руки, а іншою проколюють шкіру голкою, надітою на шприц з ліками. Тиском на поршень шприца проводять уприскування (рис. 24).

Можливі ускладнення. Поломка голки в тканинах. Вона зазвичай ламається при зміні осі нахилу шприца після введення приєднаному до нього голки в тканині.

Кровотечі, крововиливи, що виникли при ін'єкції, зупиняються шляхом притиснення місця проколу стерильною марлевою кулькою.

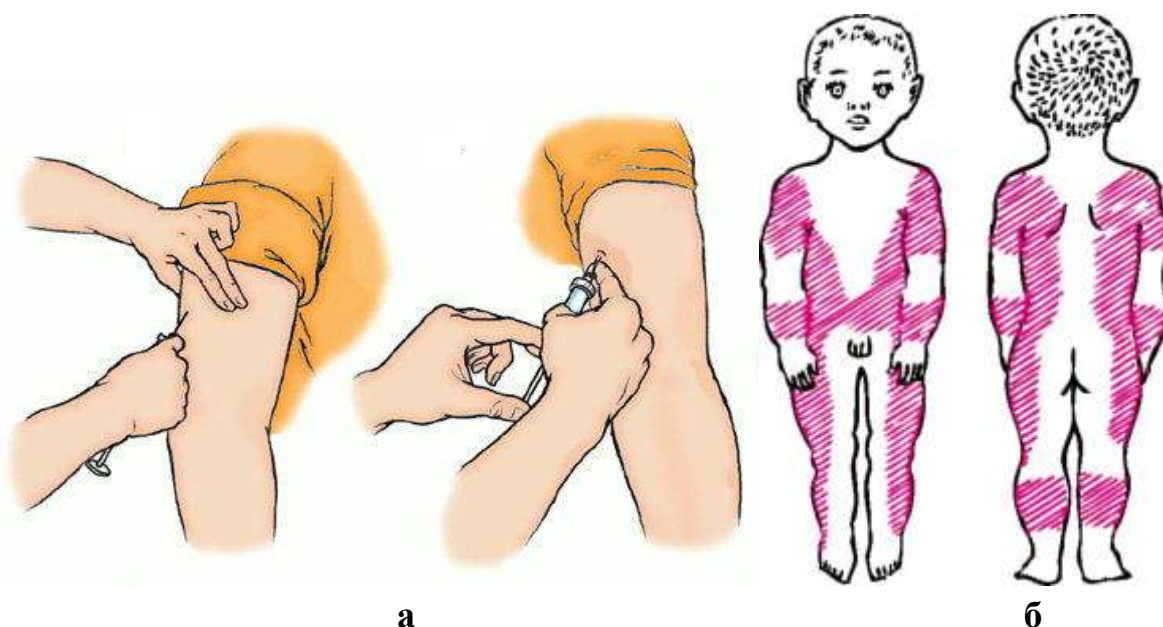


Рис. 24. Техніка виконання (а) та ділянки тіла, що використовуються для підшкірних ін'єкцій (заштриховані) (б)

(<http://megabook.ru/stream/mediapreview;>

Внутрішньовенне струменеві введення лікарських речовин.

Техніка виконання. Найчастіше рекомендують використовувати поверхневі ліктьові вени, рідше — підключичні, підшкірні вени передпліччя, кисті, нижніх кінцівок, голови.

Після вибору підшкірної вени, на 8-12 см вище передбачуваною місця пункції, на кінцівку необхідно накласти джгут, операційне поле обробити двічі спиртом, обкласти стерильним рушником. Потім голкою для внутрішньовенних ін'єкцій слід проколоти шкіру над веною або збоку, пройти під нею приблизно до 1 см так, щоб кінчик голки вільно переміщався в підшкірній клітковині. Прокол вени роблять голкою без шприца або голкою, одягненою на шприц. Напрямок голки - по току крові, під гострим кутом до поверхні шкіри. Після цього потрібно проколоти стінку вени і голку провести в її просвіт. Прокол шкіри роблять швидким рухом і на невелику глибину. Потім просувають голку по ходу вени. При попаданні у вену на зовнішньому кінці голки з'являється темна венозна кров, яка набирається в шприц для дослідження, якщо потрібно ввести лікарські речовини, то джгут знімають, до голки під'єднують шприц. Після витягання голки з вени необхідно притиснути місце пункції тампоном з дезінфікуючим розчином (рис. 25).

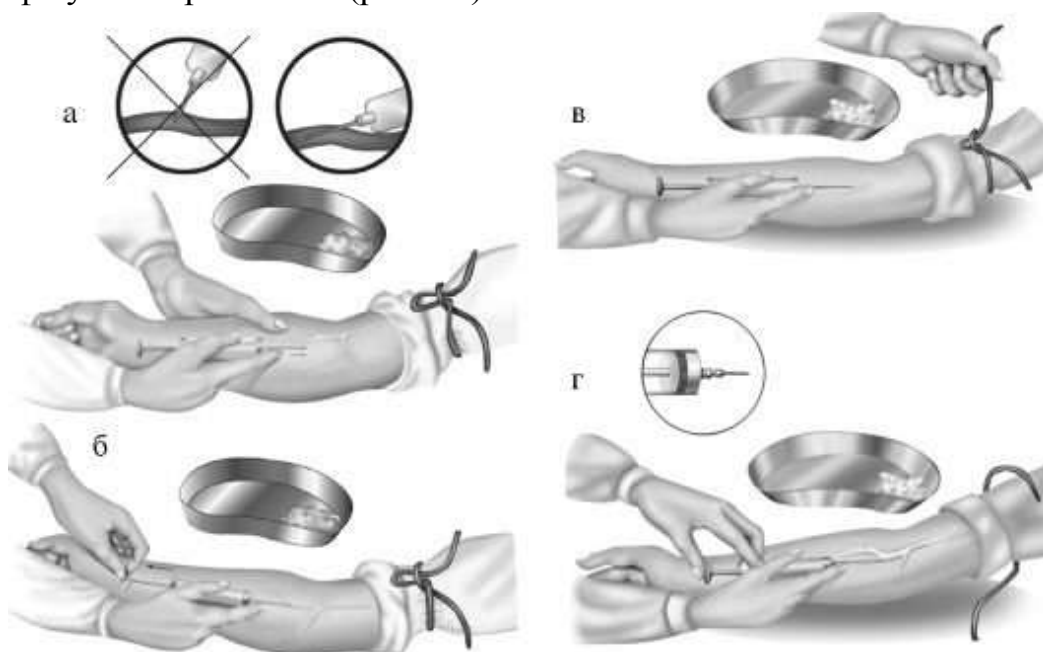


Рис. 25. Техніка проведення внутрішньовенної ін'єкції.

а - введення ін'єкційної голки уздовж вени; б - контроль правильності пункції; в - зняття джгута; г - введення лікарського засобу.

(<http://varikozmedplusbiz.ru/stati/wp-content/uploads/2015/03/18548-tehnika-postanovki-geparina-v-zhivot.jpg>)

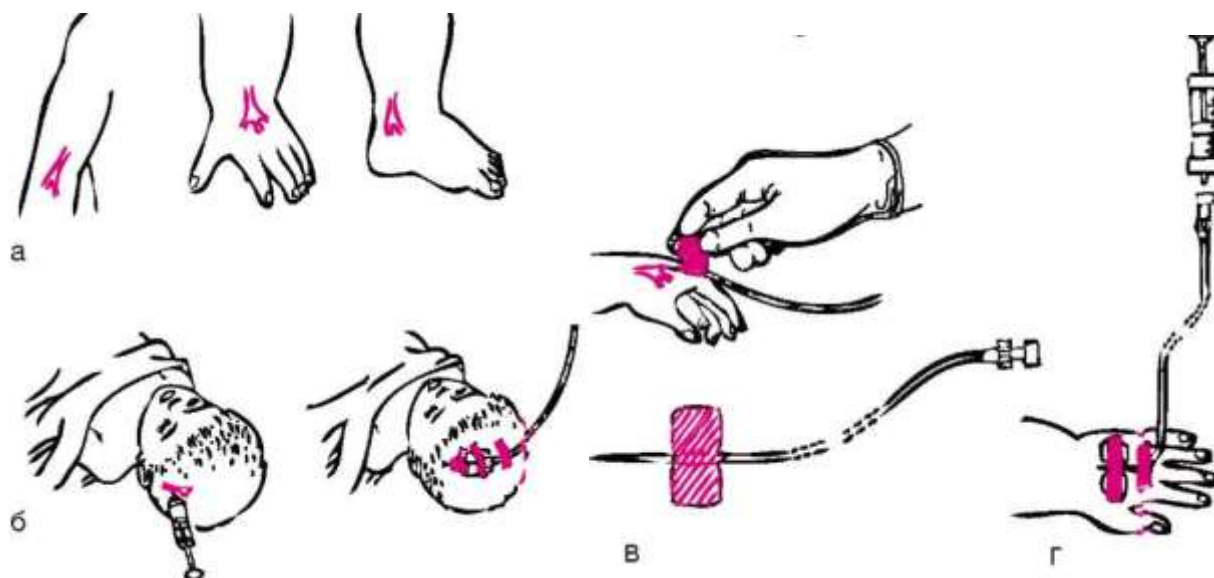


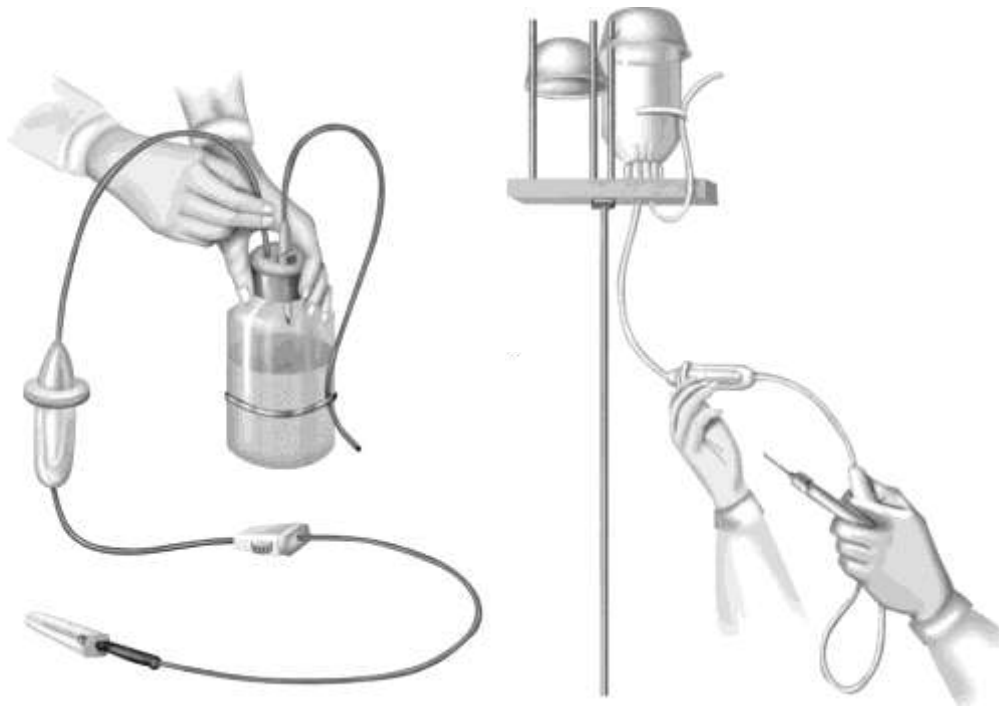
Рис. 26. Пункція периферійних вен

а - найбільш зручні місця для пункції вен; б - пункція вени голови і фіксація голки; в - пункція вени за допомогою голки типу «метелик» і фіксація голки; г - фіксація кінцівки при венепункції
http://vmede.org/sait/content/Pediatriciya_ob_uход_3aprudnov_2009/29_files/mb4.jpeg

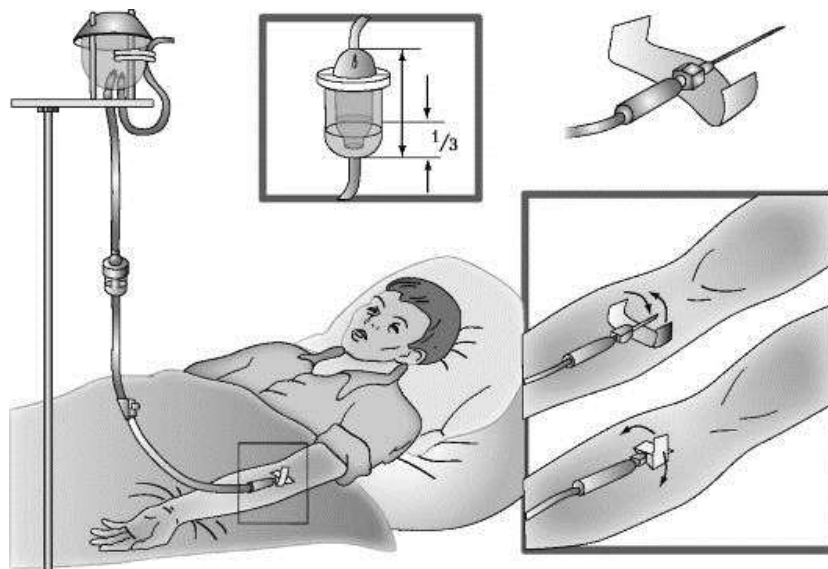
Внутрішньовенне крапельне введення лікарських речовин.

Техніка виконання. Внутрішньовенне крапельне вливання здійснюється шляхом венепункції або венесекції за допомогою системи для внутрішньовенного вливання (рис. 27).

Перед внутрішньовенним вливанням необхідно систему заповнити рідиною і ретельно простежити за повним витісненням з неї повітря. Для цієї мети систему приєднують до флакона, коли рідина починає поступати з нього в трубку, кінець її піднімають догори з таким розрахунком, щоб крапельниця виявилася перевернутою і як тільки крапельниця наполовину наповниться рідиною, її встановлюють в звичайне положення і кінець трубки поволі опускають вниз, при цьому рідина, що заповнює трубку, витісняє все повітря, після цього систему перекривають спеціальним гвинтом у одноразовій системі і під'єднують до голки або катетера, що знаходиться у вені. Затискач відкривають і з необхідною швидкістю, яка визначається по частоті крапель в крапельниці, вміст флакона поступає у вену. При цьому необхідно стежити, щоб вся рідина з системи (нижче за крапельницю) не перейшла у вену, оскільки повітря, що заповнило дистальний кінець системи, може потрапити у вену.



а



б

Рис. 27. Послідовність підготовки системи для внутрішньовенної інфузії лікарських засобів (а) та техніка проведення внутрішньовенної інфузії (б)

(http://trauma.ru/content/articles/detail.php?ELEMENT_ID=1926)

Вимірювання артеріального і венозного тиску

Методи вимірювання артеріального тиску

*Аускультативний метод вимірювання артеріального тиску (АТ)
(метод Короткова)*

Непряме вимірювання АТ (аускультативний метод), якщо воно правильно виконується, є безпечною, відносно безболісною процедурою і надає достовірну інформацію.

Оснащення: сфігмоманометр (ртутного або aneroidного) і фонендоскоп (стетоскоп).

Вимірювання АТ повинне проводитися в тихій, спокійній і зручній обстановці при комфортній температурі. Безпосередньо в кімнаті, де проводиться вимірювання АТ, повинна бути кушетка, стіл, місце для дослідника, стілець для пацієнта з прямою спинкою і, по можливості, регульованої висоти сидіння, або пристосування для підтримки руки пацієнта на рівні серця. Для дотримання цих умов можуть використовуватися підручні засоби (наприклад: подушка, щоб збільшити висоту стільця, або книга, щоб підтримати руку пацієнта на належному рівні). При використанні ртутного сфігмоманометра меніск ртутного стовпчика повинен знаходитися на рівні очей дослідника.

Підготовка пацієнта до вимірювання АТ

Вимірювання артеріального тиску повинне проводитися не раніше, ніж через 1 годину після їди, вживання кави, припинення фізичних навантажень, куріння, перебування на холоді. Плече пацієнта повинне бути звільнено від одягу, рука повинна зручно лежати на столі (при вимірюванні АТ в положенні сидячи) або на кушетці (при вимірюванні АТ в положенні лежачи), долонею догори. Перед вимірюванням АТ пацієнту необхідно відпочити протягом 5 хвилин. Під час вимірювання пацієнт повинен сидіти, спираючись на спинку стільця, з розслабленими, не схрещеними ногами, не міняти положення і не розмовляти протягом всієї процедури вимірювання АТ. Вимірювання АТ в положенні сидячи і стоячи можна проводити з 2-річного віку дитини. До 2-х літнього віку вимірювання АТ проводиться в положенні лежачи (рис. 28).

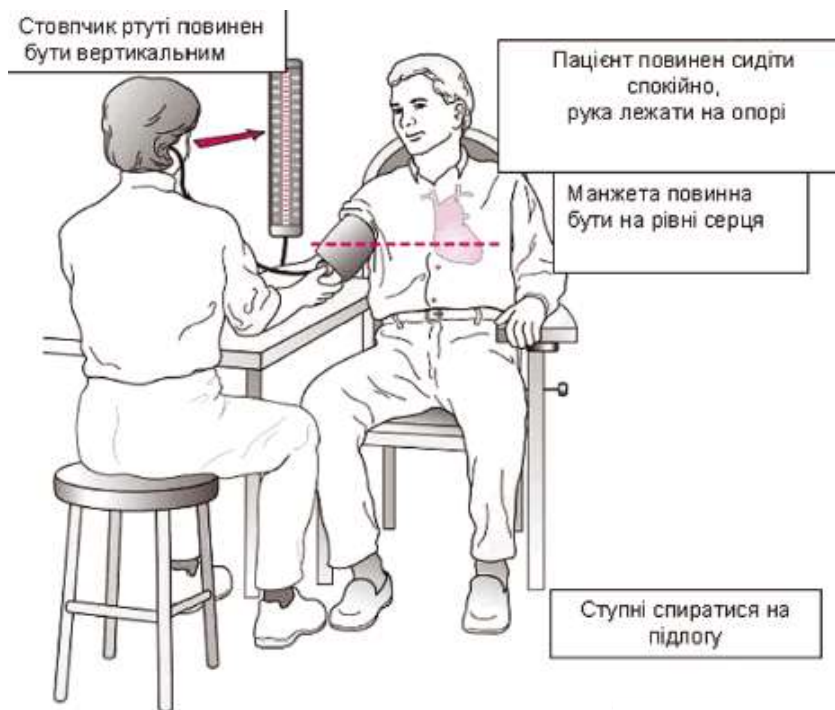


Рис. 28. Положення пацієнта під час вимірювання артеріального тиску.
 (http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/propedeutic_vn_des/classes_stud/uk/stomat/ptn)

Розмір і положення манжети

Необхідно правильно підібрати манжету, відповідну обсягу плеча пацієнта (дитини, підлітка або дорослого). Ширина внутрішньої (гумової) камери манжети повинна складати, принаймні, 40% кола плеча. Довжина гумової камери манжети повинна покривати від 80% до 100% кола плеча. Коло плеча вимірюється сантиметровою стрічкою з точністю до 0,5 см на середині відстані між ліктьовим і акроміальним відростком лопатки. Манжета накладається так, щоб центр гумової камери розташовувався над плечовою артерією на внутрішній поверхні плеча, а нижній край манжети був на 2-2,5 см вище за ліктьовий згин. Щільність накладення манжети визначається можливістю проведення одного пальця між манжетою і поверхнею плеча пацієнта. Гумові трубки, що поєднують манжету з манометром, повинні розташовуватися медіальніше (по внутрішній поверхні плеча).

Ширина манжети для дітей за даними ВОЗ

До року - 2,5 см

1-3 роки - 5-6 см

4-7 років - 8-8,5 см

8-9 років - 9 см

10-13 років - 10 см

14-17 років - 13 см

При вимірюванні АТ на нижніх кінцівках манжета відповідного розміру накладається на стегно так, щоб центр гумової камери розташовувався над стегною артерією на внутрішній поверхні стегна, а нижній край манжети був на 2-2,5 см вище за підколінну ямку.

Визначення максимального рівня нагнітання повітря в манжету (пальпаторний метод оцінки рівня САТ)

Ця процедура необхідна для встановлення рівня САТ, щоб забезпечити адекватне нагнітання повітря в манжету з мінімальним дискомфортом для пацієнта при аускультативному методі визначення АТ. Пальпаторний метод дозволяє також виключити "звуковий пропуск", визначити САТ у дітей молодшого віку і при дуже низькому АТ (шок). Рівень САТ при цьому на 5-10 мм рт. ст. нижче в порівнянні зі свідченнями аускультативного методу вимірювання.

Для оцінки рівня САТ пальпаторним методом необхідно:

- визначити пульсацію плечової артерії в ліктьовому згині (типове положення артерії - медіальніше сухожилля двоголового м'яза), характер і ритм пульсу;

- пальпуючи променевою артерією (або плечову артерією), швидко накачати повітря в манжету до 60-70 мм рт. ст., далі, спостерігаючи за свідченнями манометра, продовжувати поволі (із швидкістю 10 мм рт. ст. в секунду) нагнітати повітря до тих пір, поки тиск в манжеті не перевищить на 30 мм той рівень, при якому перестає визначатися пульсація променевої або плечової артерії;

- поволі випускаючи повітря з манжети (із швидкістю 2 мм рт. ст. в секунду), відзначити за свідченнями манометра момент відновлення пульсації. Свідчення манометра у момент зникнення пульсації при нагнітанні повітря в манжету і її відновлення під час повільного підбурювання повітря з манжети відповідатимуть приблизному рівню САТ;

- повністю випустити повітря з манжети.

При подальших вимірюваннях повітря в манжету слід нагнітати на 30 мм рт. ст. вище за рівень САТ, оціненого пальпаторно.

Положення стетоскопа

Насадка стетоскопа з розтрубом або низькочастотною мембраною встановлюється з легким натисканням над областю максимальної пульсації плечової артерії в ліктьовому згині так, щоб не торкатися нижнього краю манжети або трубок. Зіткнення з ними порушує сприйняття тонів Короткова.

При вимірюванні АТ на нижніх кінцівках насадка стетоскопа з розтрубом або низькочастотною мембраною встановлюється в підколінній ямці, над областю максимальної пульсації підколінної артерії.

Накачування і здування манжети

Нагнітання повітря в манжету до максимального рівня (на 30 мм рт. ст. вище за рівень САТ, оціненого пальпаторно) повинне проводитися швидко. Повітря з манжети випускають із швидкістю зниження ртутного стовпчика 2 мм рт. ст. в секунду, а з появою тонів Короткова - 2 мм рт. ст. на кожний удар пульсу. Якщо меніск ртутного стовпчика у момент появи або зникнення тонів Короткова знаходиться між двома розподілами шкали манометра, то свідчення САТ або ДАТ оцінюються по найближчому верхньому значенню.

Повторні вимірювання проводяться не раніше, ніж через 2-3 хвилини після повного випуску повітря з манжети. Якщо показники САТ або ДАТ розрізняються більш ніж на 5 мм рт. ст., то проводиться додаткове вимірювання. Враховується середнє значення з двох або більше вимірювань, виконаних на одній руці.

Вимірювання венозного тиску (Ковальчук Л.Я. із співавт., 2003)

Вимірювання венозного тиску здійснюють прямим методом.

Венозний тиск в істотному ступені залежить від місця його вимірювання, а також від положення тіла. Тому для порівняння показників венозний кров'яний тиск вимірюють в горизонтальному положенні тіла. Протягом венозного русла кров'яного тиску знижується; у венулах воно складає 150-250 мм вод. ст., в центральних венах коливається від + 4 до - 10 мм вод. ст. У ліктьової вени у здорових дорослих людей величина кров'яного тиску зазвичай визначається між 60 і 120 мм вод. ст.; нормальними вважають значення венозного тиску в діапазоні 40-130 мм вод. ст., але клінічного значення реально мають відхилення величини венозного тиску за межі 30-200 мм вод. ст. У дітей венозний тиск наростає з віком - в середньому приблизно від 40 до 100 мм вод. ст.

Прилад для вимірювання венозного кров'яного тиску складається з сполучених між собою системи крапельного внутрішньовенного вливання рідини, манометричної трубки і гумового шланга з ін'єкційною голкою на кінці. Для разових вимірювань венозного тиску систему крапельного вливання не використовують; її підключають при необхідності безперервної тривалої флеботонометрії, в процесі якої з системи крапельного вливання постійно надходить рідина в вимірювальну магістраль і з неї в вену. Це виключає тромбування голки і створює можливість багатогодинного

вимірювання венозного кров'яного тиску Найпростіші вимірювачі венозного тиску містять лише шкалу і манометричну трубку з пластичного матеріалу, призначену для одноразового використання. Для вимірювання венозного кров'яного тиску застосовують також електронні манометри.

Вимірювання центрального венозного тиску (ЦВТ) здійснюється через тонкий поліетиленовий катетер, який проводять в центральні вени через ліктьову підшкірну або через підключичну вену.

ЦВТ – це тиск у внутрішньогрудних венах. На практиці ЦВТ вимірюють у *v. cava superior*, для чого туди вводять катетер через *v. subclavia*, *v.jugularis interna* або будь-яку іншу. Для вимірювання ЦВТ використовується апарат Вальдмана, що є в простому варіанті крапельницею з фізіологічним розчином на штативі з сантиметровою шкалою, сполученою з *v. cava* через катетер.

Методика вимірювання: У стерильну колбу флеботонометра вливають ізотонічний розчин натрію хлориду. Через V-подібне з'єднання розчин поступає в прозору трубку, фіксовану вертикально до шкали, заповнюючи її до верху. Випускають повітря із нижньої частини трубки, пропускаючи крізь неї розчин. Для припинення подальшого поступлення розчину з колби перекривають її трубку затискачем.

Хворого укладають горизонтально на спину. З допомогою водяного рівня (ватерпаса) встановлюють точку відліку шкали флеботонометра ("0") на рівні правого передсердя (нижньолатеральний край великого грудного м'яза). Для цього шкалу зміщують вгору або вниз відповідним гвинтом.

До катетера, введеного в магістральну вену, приєднують канюлю прозорої трубки флеботонометра. Розчин у ній опускається вниз, аж поки гідростатичний тиск стовпчика рідини не зрівноважиться тиском крові у правому передсерді. Він відповідатиме позначці на шкалі (мм водяного стовпця), навпроти якої зупинився рівень рідини у трубці (рис. 29). В нормі ЦВТ становить 60 - 120 мм вод. ст. Задовільними межами вважають 40–140 мм H₂O (для переходу в мм Hg ці цифри треба розділити на 13,6 – в стільки разів ртуть щільніше за воду; щільність фізіологічного розчину настільки мало відрізняється від щільності води, що цим нехтують).

Якщо ОЦК менше об'єму судин (гіповолемія, судинна недостатність), ЦВТ знижуватиметься. Якщо ж знижена скоротлива здатність міокарда, коли він не в змозі реалізувати венозне повернення, ЦВТ підвищуватиметься. Якщо ж є поєднання цих чинників, ЦВТ визначатиметься більш вираженим з них. При гіперволемії ЦВТ також підвищується.

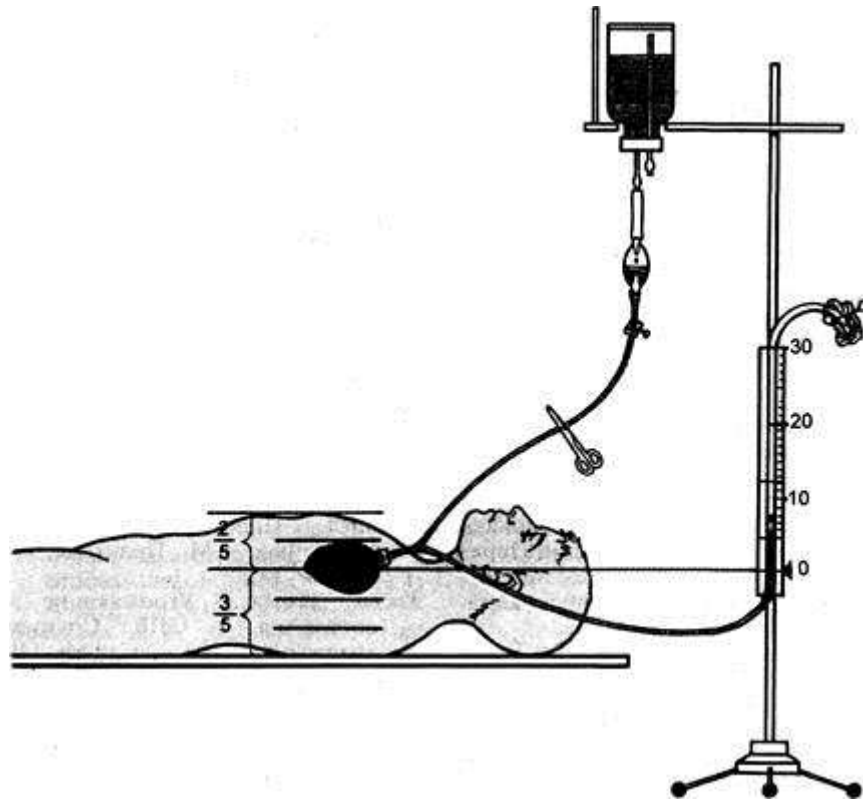


Рис. 29. Вимірювання центрального венозного тиску (http://ok-t.ru/helpik.org/baza2/625784832.files/image154.jpg?_r=1.e400061953b22c28cb1b72f9bdb57a15)

Катетеризація сечового міхура м'яким зондом

(Шпанак І.П., 2006; <http://zavantag.com/docs/2247/index-618806.html?page=3>)

Техніка виконання. Для катетеризації використовуються як м'які, так і металеві стерильні катетери. Перед використанням катетер змащують стерильним гліцерином або вазеліновим маслом. Гумові катетери переважно змащувати стерильним гліцерином, оскільки вазелінове масло погано відмивається. Руки необхідно ретельно вимити щіткою з милом, обробити спиртом, можна використовувати стерильні гумові рукавички.

а) Катетеризація сечового міхура у дівчат (рис. 30).

Перед катетеризацією проводять туалет зовнішніх статевих органів. Положення хворого — на спині, ноги зігнуті в колінах і розведені, між ногами ставиться лоток. Той хто виконує маніпуляцію стоїть праворуч від хворого. Лівою рукою розсовує статеві губи, в праву бере пінцет з марлевым тампоном, змочує його розчином фурациліна (1:5000) і протирає зовнішні статеві органи і отвір сечовипускального каналу. Іншим пінцетом бере м'який катетер в 4-5 см від міхурного кінця і поволі без зусиль вводить в

сечовипускальний канал, зовнішній кінець катетера підтримує пінцетом медична сестра. Якщо відсутній помічник, зовнішній кінець катетера затискають між безіменним пальцем і мізинцем правої руки.



Рис. 30. Катетеризація сечового міхура у дівчат
(<http://biss.iml.unibe.ch/?c=modelle&l=de>)

б) Катетеризація сечового міхура у хлопців (рис. 31).

Положення хворого — на спині, ноги злегка розігнуті, між ногами ставлять лоток або качку. Той хто виконує маніпуляцію стає праворуч від хворого, в ліву руку бере статевий член, правою зрушує донизу крайню плоть, обробляє головку серветкою, змоченою в розчині фурациліна. Статевий член під головкою необхідно обгорнути марлевою серветкою, щоб зручніше було його утримувати. Гумовий катетер вводять так, як і при катетеризації сечового міхура у жінок. При проведенні катетера в сечовипускальний канал статевий член дещо натягається догори (на катетер). Це сприяє кращому проходженню катетера по сечовипускальному каналу. При відчутті перешкоди при проходженні катетера, його потрібно злегка витягнути і спробувати провести повторно. Як тільки катетер потрапляє в сечовий міхур, з нього починає виділятися сеча

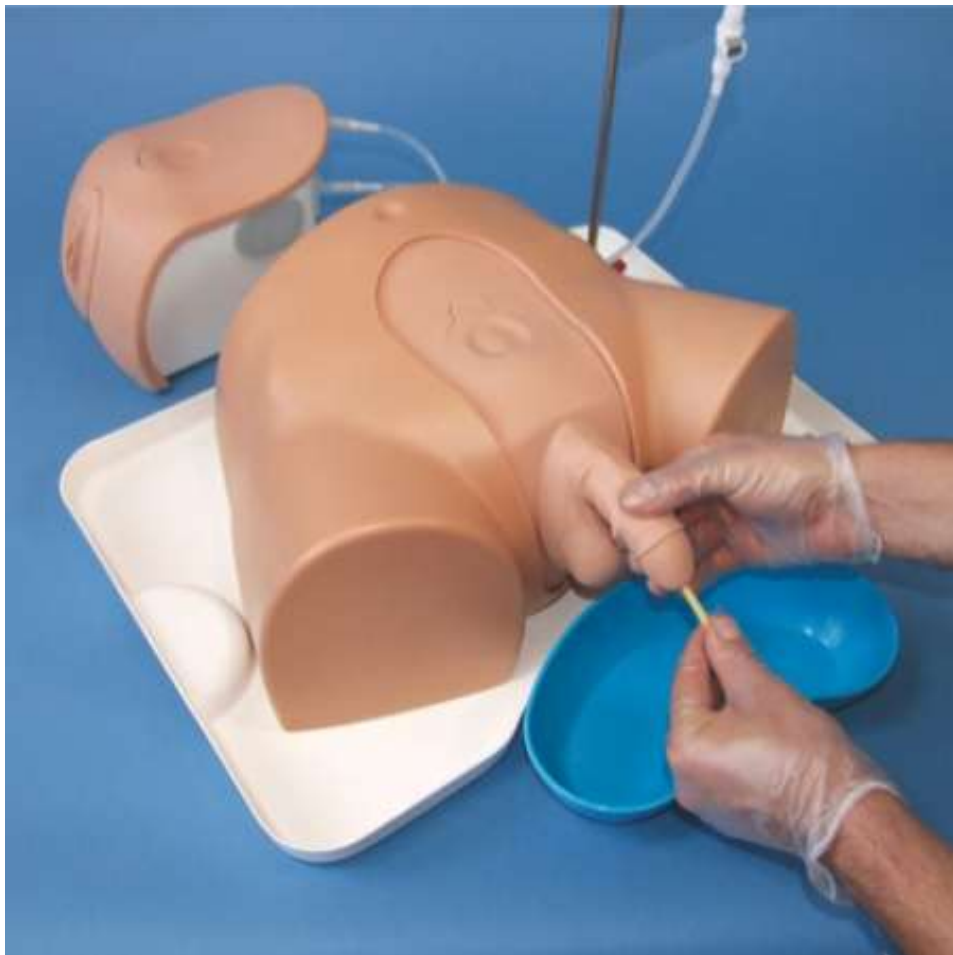


Рис. 31. Катетеризація сечового міхура у хлопців
(<http://biss.iml.unibe.ch/?c=modelle&l=de>)

Протипоказання до катетеризації сечового міхура:

1. Запальні захворювання уретри,
2. Анурія,
3. Спазм м'яза, який відповідає за утримання та виділення сечі (сфінктера).

Первинний туалет новонародженого

Проводиться за наказом № 152 від 04.04.2005 року «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною» зі змінами (Наказ МОЗ від 01.04.2010 № 289).

1. Відразу після народження дитину викладають на живіт матері, здійснюють обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою. Вологі пелюшки відкладають, одягають дитині чисті шапочку і шкарпетки, накривають сухою чистою пелюшкою та ковдрою для проведення контакту «шкіра до шкіри».

2. Одночасно лікар-педіатр-неонатолог здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

3. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину (накладають стерильні затискачі на пуповину, перерізають стерильними ножицями, через 2 години після народження на сповивальному столі накладають стерильну одноразову клеми на 0,3 – 0,5 см від пупкового кільця), за умови задовільного стану дитини перекладає дитину на груди матері.

4. За появи пошукового і смоктального рефлексу дитині допомагають здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

5. Через 30 хв. після народження дитини електронним термометром вимірюють новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записують результати термометрії у карті розвитку новонародженого.

6. Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням із застосуванням очних крапель Тобрекс (0,3% розчин тобраміцину) або Флоксал (0,3% розчин офлоксацину) одноразово.

7. Контакт «шкіра до шкіри» проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини.

8. Після завершення контакту «шкіра до шкіри» акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемивання пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

9. Лікар-педіатр-неонатолог здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за схемою. Медсестра одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички.

10. Дитина разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

11. Перше купання, у випадку забруднення шкіри меконієм та кров'ю, здійснюється при стабілізації температури тіла і утримання її на нормальному рівні протягом 2-4 год. (не раніше 6 год. після народження). Перше купання слід проводити в рукавичках. Надмірна родова змазка може бути витерта, але не має необхідності знімати всю змазку з гігієнічною метою. Після купання слід негайно обсушити дитину, надіти шапочку та загорнути в теплі пелюшки.

Визначення групи крові, резус належності

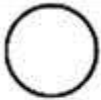
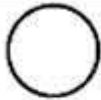
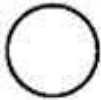









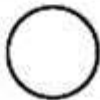
(<http://ukrmedserv.com/content/view/7786/438/lang,ru/>

<http://ua.textreferat.com/referat-15008-2.htm>)

Визначення групи крові за допомогою стандартних гемаглютинуючих сироваток.

Група крові визначається простою реакцією по двох серіях стандартних гемаглютинуючих сироваток груп 0(I), A(II), B(III). Коли визначається група крові AB(IV), необхідно провести контрольне дослідження із стандартною сироваткою AB(IV).

Для визначення групи крові позначають тарілку з вказівкою місця розташування стандартних сироваток різних груп. Відповідно цьому маркуванню очною піпеткою наносять стандартні сироватки кожної з трьох груп (на верхній половині тарілки — сироватки однієї серії, на нижній — сироватки іншої серії). Праворуч від сироваток наноситься досліджувана кров в співвідношенні 10:1 і перемішують сироватку і кров чистими скляними паличками. Чекають результату реакції 5 хвилин. Перш ніж дати висновок про групу крові, до краплі суміші додають по одній краплі фізіологічного розчину кухонної солі і похитують тарілку. По наявності аглютинації в тих або інших краплях стандартних сироваток судять про групову приналежність крові.

Наявність аглютинації при реакції зі стандартними ізогемаглютинуючими сироватками наступних груп				Група крові
0(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)	
				$0_{\alpha\beta}(I)$
				$A_{\beta}(II)$
				$B_{\alpha}(III)$
				$AB_0(IV)$

Визначення групи крові за допомогою цоліклонів. Реагентами є моноклональні антитіла до А - антигенів і В - антигенів еритроцитів людини системи АВ0. Препаратами є сольові розчини повних антитіл ізотипу IgM, стабілізовані азидом натрію і забарвлені: анти-А в жовтувато-рожевий колір

феноловим червоним, анти-В в синій колір трепановим синім, анти-АВ - безбарвний. Реагенти застосовуються для типування групи крові людини за системою АВ0 в реакції прямої аглютинації на площині, в пробірці або в мікроплаті. Аглютинація еритроцитів у присутності одного з реагентів (позитивна реакція) свідчить про наявність в досліджуваній крові відповідного антигена. Контроль специфічності реакції аглютинації: у складі цоліклонів немає високомолекулярних добавок, здатних викликати неспецифічну поліаглютинацію еритроцитів, тому не вимагається проведення контролю з розчинником. При позитивному результаті реакції аглютинації зі всіма трьома цоліклонами необхідно виключити спонтанну неспецифічну аглютинацію досліджуваних еритроцитів. Для цього змішайте на площині 1 краплю досліджуваної крові (еритроцитів) з краплею фізіологічного розчину. Кров можна віднести до групи АВ(IV) тільки за відсутності аглютинації.

Результат реакції з Цоліклоном			Досліджувана кров належить до групи
А	В	АВ	
0	0	0	0 (I)
+	0	+	А (II)
0	+	+	В (III)
+	+	+	АВ(IV)

Знаком плюс (+) позначена наявність аглютинації, знаком (0) - її відсутність.

Остаточна АВ0 приналежність встановлюється за наслідками перехресного визначення: антигенів А і В на еритроцитах і ізогемаглютинінів в сироватці.

Визначення резус-фактора на площині при кімнатній температурі проводять за допомогою сироваток, приготованих на альбуміні або поліглюкіні (експрес-метод). Кров для дослідження беруть з пальця безпосередньо перед виконанням проби. Можна також використовувати еритроцити, що зберігалися в холодильнику не більше двох днів, узяті з дна пробірки після центрифугування або відстоювання від плазми з консервантом. Еритроцити, що залишилися, на дні пробірки після згортання крові, використовувати не рекомендується.

Па пластину зліва наносять 0,05 мл (1 крапля) стандартної сироватки антирезус і справа 0,05 мл (1 крапля) контрольної сироватки. Поряд з кожною з цих крапель наносять не менше 0,02 мл (1 невелика крапля) свіжої цілісної крові або осаду еритроцитів. Скляною галочкою перемішують спочатку досліджувану кров з контрольною сироваткою, розмазуючи її до отримання тонкого шару, а потім іншу краплю досліджуваної крові із стандартною сироваткою, також розмазуючи її тонким шаром. Пластину періодично похитують протягом 3—4 хвилин, після чого в обидві краплі додають по 0,05 мл (1 крапля) фізіологічного розчину для зняття можливої неспецифічної аглютинації і продовжують спостереження при періодичному похитуванні пластинки до закінчення 5 хвилин, після чого враховують результат.

Оцінка результатів. Реакція може бути позитивною або негативною. При позитивній реакції аглютинація еритроцитів спостерігається тільки в одній краплі — зліва, з сироваткою антирезус. При негативній реакції аглютинація еритроцитів відсутня в обох краплях, і вони залишаються рівномірно забарвленими. Агрегацію еритроцитів в зоні підсихання, по периферії краплі, не враховують.

Якщо реакція позитивна — досліджувана кров містить резус-чинник, і її відносять до резус-позитивного типу. Негативна реакція служить показником того, що досліджувана кров не містить резус-фактора, тобто є резус-негативною.

У краплі контрольної сироватки аглютинація еритроцитів повинна бути відсутньою. Якщо в контрольній краплі є аглютинація еритроцитів, то висновок про резус-приналежність досліджуваного зразка крові не роблять і цей зразок крові досліджують повторно іншими серіями сироваток антирезус або направляють для дослідження в серологічну лабораторію служби переливання крові.

Визначення резус-належності крові за допомогою стандартних сироваток.

Визначення резус-належності крові проводиться за допомогою стандартної універсальної сироватки «антирезус». У пробірку вводять одну краплю (0,05 мл) досліджуваної крові або еритроцитів і додають 1-2 краплі стандартного універсального реагенту «антирезус» тієї ж групи крові. Перемішують зміст шляхом струшування пробірки і поміщають її на водяну баню на 5 хвилин при температурі 37⁰С, так як імунна реакція з антигеном вимагає оптимальної температури. Як правило, аглютинація настає протягом 3-5 хв. Після закінчення цього часу для виключення

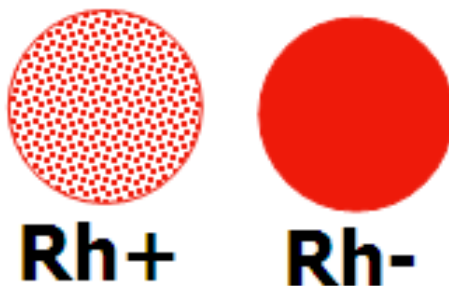
неспецифічної агрегації еритроцитів в пробірку додають 2-3 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і перемішують, 2-3 рази перевертаючи пробірку.

Трактування результатів. Пробірки переглядають на світло неозброєним оком. При позитивному результаті аглютинація виражається в появі пластівців з склеєних еритроцитів на тлі просвітленої рідини. При негативному результаті рідина в пробірці залишається рівномірно забарвленою, без ознак аглютинації еритроцитів. Результат враховують як істинний після перевірки контрольних, зразків, тобто при позитивному результаті зі стандартними резус-негативними еритроцитами, одногрупною з досліджуваною кров'ю.

Визначення резус належності крові за допомогою цоліклонів.

На планшет індивідуальними піпетками наносяться Цоліклони Анти-D, Анти-C, Анти-c по одній великій краплі (0,1 мл). Поруч з краплями антитіл наноситься по одній маленькій краплі досліджуваної крові (0,01 мл). Кров змішується з реагентом. Спостерігається хід реакції з Цоліклонами візуально при легкому погойдуванні планшета протягом трьох хвилин. Аглютинація еритроцитів з Цоліклонами зазвичай настає в перші 3-5 сек., але спостереження слід вести 3 хвилини через більш пізньої появи аглютинації з еритроцитами, що містять слабкі різновиди резус-антигену.

Інтерпретація результатів. Результат реакції в кожній краплі може бути позитивним або негативним. Позитивний результат виражається в аглютинації еритроцитів. Агглютинати видно неозброєним оком у вигляді дрібних червоних агрегатів, швидко зливаються у великі пластівці. При негативній реакції крапля залишається рівномірно забарвленою в червоний колір, агглютинати в ній не виявляються. Наявність аглютинації з Анти-D, Анти-C або Анти-c Цоліклонами свідчить про те, що кров резус-позитивна, а відсутність аглютинації - що кров резус-негативна.



Переливання компонентів крові і кровозамінників

(Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.07.1999 N 164 «ІНСТРУКЦІЯ з переливання крові та її компонентів»;
[http://ukrmedserv.com/content/view/7778/438/lang,uk/;](http://ukrmedserv.com/content/view/7778/438/lang,uk/))

Техніка виконання. Перш ніж приступити до переливання крові, необхідно обстежувати хворого, виключити протипоказання до гемотрансфузії і вибрати оптимальний спосіб її проведення. Для цього необхідно з'ясувати гемотрансфузійний і алергологічний анамнез, ознайомитися з аналізами крові і сечі (не більш триденної давності).

У історії хвороби потрібно записати дані анамнезу і об'єктивного дослідження (стан шкіри і слизових оболонок, артеріальний тиск, частота пульсу, температура тіла), відзначити показання і мету гемотрансфузії, метод і спосіб переливання.

За дві години до переливання крові хворому не рекомендують приймати їжу.

При переливанні крові будь-яким способом після вибору трансфузійного середовища згідно групової приналежності і резус-фактора реципієнта необхідно провести контрольні ізосерологічні дослідження і проби на сумісність крові донора і реципієнта:

- 1) визначити групу крові хворого і донорської крові;
- 2) визначити резус-приналежність хворого
- 3) пробу на індивідуальну сумісність за системою АВО
- 4) пробу на індивідуальну сумісність по резус-фактору
- 4) біологічну пробу на сумісність.

Перед розкриттям флакона необхідно оцінити придатність консервованої крові і її компонентів. Для цього перевіряють герметичність судини, правильність паспортизації, встановлюють придатність крові по термінах зберігання і даних макроскопічного дослідження.

Для виконання проб на сумісність з вени хворого необхідно узяти 3-5 мл крові в суху чисту пробірку. Сироватка, що утворилася після згортання крові в пробірці використовується для проведення проб. Для прискорення процесу — кров в пробірці центрифугують.

Проба на індивідуальну сумісність за системою АВО проводиться при кімнатній температурі та попереджає ускладнення, пов'язані з переливанням іногрупної крові. На білу тарілку або предметне скло наносять сироватку крові реципієнта і донорську кров (співвідношення 10:1). Чекають результату 5 хвилин. Якщо аглютинація не настає, то кров сумісна.

Проба на індивідуальну сумісність по резус-фактору може бути проведена за одним з двох варіантів:

- Проба з використанням 33% поліглюкіна,
- Проба з використанням 10% желатина.

Проба з використанням 33% поліглюкіна

Реакція проводиться в центрифужній пробірці без підігріву протягом 5 хвилин. На дно пробірки вносять 2 краплі сироватки реципієнта, 1 краплю донорської крові і 1 краплю 33% розчину поліглюкіна. Після цього вміст перемішують, нахилиючи пробірку та обертаючи її навколо осі, розподіляючи вміст по стінкам рівним шаром. Пробірку обертають протягом 5 хвилин, після чого додають 3-4 мл фізіологічного розчину та акуратно перемішують, 2-3 рази нахилиючи пробірку до горизонтальної площини (не збовтувати!). Після чого оцінюють результат: наявність аглютинації еритроцитів свідчить про несумісність крові донора та реципієнта за резус-фактором.

Проба з використанням 10% желатина

На дно пробірки вносять 1 краплю еритроцитів донора, попередньо відмитих 10-кратним об'ємом фізіологічного розчину, потім додають 2 краплі підігрітого до розрідження 10% розчину желатина та 2 краплі сироватки реципієнта.

Вміст пробірки перемішують та поміщають до водяної бані при температурі 46-48⁰С на 10 хвилин. Після цього в пробірку додають 6-8 мл фізіологічного розчину, перемішують вміст, перегортаючи пробірку 1-2 рази та оцінюють результат: наявність аглютинації еритроцитів свідчить про несумісність крові донора та реципієнта за резус-фактором.

Якщо вміст пробірки залишається рівномірно забарвлений і в ній не спостерігається реакція аглютинації, кров донора сумісна з кров'ю реципієнта за резус-фактором.

Донор вважається сумісним, якщо ні на одній стадії проби на індивідуальну сумісність не спостерігається ні гемолізу, ні аглютинації.

Біологічну пробу на сумісність виконують під час переливання крові. Триразово з інтервалами в 3 хвилини переливають по 25 мл крові. Під час інтервалу система перекривається затиском. Якщо після переливання 75 мл крові відсутні ознаки несумісності (неспокій, утруднене дихання, болю в поясниці, почервоніння обличчя або блідість, почастищення пульсу, падіння артеріального тиску), то переливання крові продовжують краплинно до кінця.

У дітей біологічну пробу на сумісність проводять струменевим триразовим переливанням з інтервалами по 3 хв в наступних дозах: до 2

років — 2 мл; до 5 років — 5 мл; до 10 років — 10 мл, після 10 років — 25 мл.

У хворих, що знаходяться під наркозом, контроль сумісності перелитої крові проводиться після переливання крові донора в кількості 100 мл. Для цього з вени хворого в суху пробірку з декількома краплями гепарину беруть 3—5 мл крові і центрифугують. Наявність рожевого забарвлення плазми хворого вкаже на гемоліз. Додатково реакцію визначають по артеріальному тиску, серцевим тонам і ін.

Кожне переливання крові і її компонентів необхідно відзначити в історії хвороби і записати у вкладиші до карти стаціонарного хворого. Хворому на наступну добу після гемотрансфузії необхідно зробити загальний аналіз крові і сечі, через дві години після переливання — тричі виміряти температуру тіла, і відзначити в температурному листі.

Препарати донорської плазми можна розділити на 4 групи:

I група — препарати гемостатичної дії (свіжозаготовлена плазма): свіжозаготовлена нативна плазма, свіжозаготовлена заморожена плазма, антигемофільна ліофілізована плазма, препарат протромбінового комплексу PPSB, фібриноген, антигемофільний глобулін Д;

II група — препарати імунологічної дії: гамма-глобулін, гамма-глобулін специфічної дії (протикоровий);

III група — препарат фібринолітичної дії: фібрінолізин;

IV група — препарати парентеральної і гемодинамічної дії: Альбумін 5-15-20-25% розчинів, стабілізована плазма, плазмозамінник PPL, дефібринована плазма, сироватка нативна суха.

Переливання формених елементів і їх препаратів вимагає проведення контрольних досліджень і проб на сумісність, як і при переливанні цілісної крові.

При трансфузії препаратів донорської плазми проводиться тільки біологічна проба.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

З ПЕДІАТРІЇ:

Базова

1. Аряєв М.Л. Неонатологія.- Київ: «АДЕФ - Україна.», 2006.- 754 с.
2. Белоусов Ю.В. Гастроентерологія дитячого віку: підручник для студ. вищ. навч. закл. /Ю.В. Белоусов: Харк. мед. акад. післядиплом. освіти.- К.: Коляда О.П., 2007.-436 с.
3. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Єршова І.Б., Рещіков В.А. Фізична реабілітація в педіатрії. Навчальний посібник.-Київ-Луганськ, 2009.-182 с.
4. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривоустов С.П., Острополец С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти.-Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, 2007.-112 с.
5. Волосовець О.П., Савво В.М., Кривоустов С.П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології.-Х.: «ТНЦ», 2006.-256 с.
6. Гастроентерологія дитячого віку /За загальною редакцією професора Є.В. Прохорова, професора О.П. Волосовця.-Тернопіль: Укрмедкнига, 2004.-160 с.
7. Дитяча імунологія: підруч. для лікарів-інтернів, лікарів-курсантів вищ. мед. закл. (ф-тів) післядипломної освіти, а також для студ., викладачів вищ. мед. навч. закл. ІV рівня акредитації /за ред. проф. Л.І. Чернишової, А.П. Волохи.-К.: Медицина, 2013.-719 с.
8. Зубаренко О.В., Портнова О.О., Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Весілик Н.Л. Педіатрія (пульмонологія та алергологія дитячого віку). Посібник для студентів вищих медичних закладів ІV рівня акредитації та лікарів-інтернів.-Одеса: Друкарський дім, Друк. Південь, 2011.-288 с.
9. Майданник В.Г., Бутиліна О.В. Клінічна діагностика в педіатрії.-К.: «Дорадо-друк», 2012.-286 с.
- 10.Невідкладні стани в педіатрії: Навч. посіб. / За редакцією проф. О.П.Волосовця та Ю.В.Марушка - Х.: Прапор. - 2008. – 200 с.
- 11.Педіатрія. За ред. Тяжкої О.В. – Вінниця. – 3 вид. - „Нова Книга”, 2009. – 1136 с.
- 12.Педіатрія в практиці сімейного лікаря : навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закладів ІІІ-ІV рівнів акредитації / ред. Н.В. Банадига. – Т. : ТДМУ ; Т. : Укрмедкнига, 2008. – 340 с.

13. Ревматологія дитячого віку / За загальною редакцією Є.В. Прохорова, О.П. Волосовця. – Донецьк. – 2006. – 160 с.

Додаткова література

1. Апішин А.В. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / За заг. ред. А.В. Апішина. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
2. Аряев М.Л., Волосовец А.П., Котова Н.В., Старикова А.А., Кононенко Н.А. Пульмонология детского возраста - Киев: Здоров'я, 2004. - 608 с.
3. Безруков Л.О., Волосовець О.П., Шунько Є.Є., Кривоустов С.П., Годованець Ю.Д., Мигаль В.Г. Неонатологія. Чернівці, 2000. – 235 с.
4. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. – М.: Медпресс-информ. – 2004. – 600 с.
5. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. – Х.: Консум, 2000. – 528 с.
6. Возианов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. - К.: Книга плюс, 2002. - 348 с.
7. Волосовец А.П., Юлиш Е.И. Рациональная антибиотикотерапия респираторных заболеваний у детей - Донецк: Регина, 2005. - 389 с.
8. Волосовец А.П., Нагорна Н.В., Кривоустов С.П., Острополец С.С., Бордюгова О.В. Діагностика, терапія та профілактика дефіцитних анемії у дітей – Донецьк: СПД Дмитренко Л.Р., 2007. – 38 с.
9. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Макролиды в практике современной педиатрии. Монография. – К.: «Четверта хвиля», 2009. – 192 с.
10. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Цефалоспорины в практике современной педиатрии. Монография. – Харьков: Прапор, 2007. – 184 с.
11. Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Манолова Э.П., Ершова И.Б., Бойченко П.К. Лабораторные исследования в практической педиатрии - Луганск, 2003. - 131 с.
12. Волосовець О. П., Марушко Ю.В. Невідкладні стани в педіатрії. Навчальний посібник За редакцією проф. О. П. Волосовця та Ю. В. Марушка. — Х.: Прапор. — 2008, - 200 с.
13. Волосовець О.П., Нагорна Н.В., Кривоустов С.П., Острополец С.С., Бордюгова О.В. Діагностика, терапія та профілактика дефіцитних анемії у дітей – Донецьк: СПД Дмитренко Л.Р., 2007. – 38 с.
14. Волосовець О.П., Кривоустов С.П. Єршова І.Б., Рещіков В.А. Фізична реабілітація в педіатрії. Навчальний посібник. - Київ. - Луганськ, 2009. - 182 с.

15. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Криворук І.М., Черній О.Ф. Навчальний посібник з дитячої ендокринології - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004.-495 с.
16. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Нагорна Н.В., співав. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів-Донецьк: Донбас, 2004. - 84 с.
17. Волосовець О.П., Леженко Г.О., Кривоустов С.П., Прохоров Є.В., Пашкова О.Є., Подліанова О.І. Синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей та підлітків (поширеність, особливості діагностики та лікування). Монографія, Запоріжжя, ЗДМУ, 2007.-135 с.
18. Детская ревматология: Руководство для врачей / Под ред. А.А.Баранова – М: Медицина, 2002. – 336 с.
19. Дудка П. Ф., Д. В. Добрянський, О. І. Бодарецька, І. П. Тарченко, Л. Б. Петелицька Сучасні принципи відновлення прохідності дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легень // Астма та алергія.- 2014.-№3.-С.38-44.
20. Дудка П. Ф., Д. В. Добрянський, О. І. Бодарецька, Л. Б. Петелицька Сучасні аспекти проведення серцево-легеневої реанімації // Астма та алергія.- 2014.-№1.-С. 56-60.
21. Дудка П.Ф. Сучасні принципи відновлення прохідності дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легень / П. Ф. Дудка, Д. В. Добрянський, О. І. Бодарецька [та ін.] // Астма та алергія. - 2014.-№ 3. - С.38-44.
22. Дудка П.Ф. Сучасні аспекти проведення серцево-легеневої реанімації / Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Бодарецька О.І., Петелицька Л.Б. // Астма та алергія. - 2014.-№ 1. -С.56-60.
23. Євграфова Л.Е. .. Пропедевтика в педіатрії. Методика збору анамнезу та об'єктивного дослідження дитини, 2010;
24. Запорожець О. І. Безпека життєдіяльності: підручник. / О.І. Запорожець, Б.Д. Халмурадов, В.І. Применко [та ін.] – К. : «Центр учбової літератури», 2013. – 448 с.
25. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми. – Винница:, 2003. – С. 82-98, С.107-146.
26. Касевич, Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник / Н.М. Касевич. — 2-е видання, виправлене — К. : Медицина, 2009. — 424 с.;
27. Коваленко В.Н. Керівництво по кардіології. / Під ред. В.Н. Коваленко. - 2008, Частина 1,
28. Ковальчук Л.Я., Гнатів В.В, Бех М.Д., Панасюк А.М. Анестезіологія,

- реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів: Навчальний посібник. - Тернопіль: Укрмедкнига 2003.-324 с.
- 29.Ласица О.Л., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача. – К.: ЗАТ «Атлант», 2001. – 263 с.
- 30.Ласица О.Л., Ласица Т.С., Недельська С.М. Алергологія дитячого віку. – К.: Книга Плюс, - 2004. – 368 с.
- 31.Майданник В.Г. Гломерулярные болезни почек у детей.- К.: Знання України, 2002.- 228 с.
- 32.Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей. – К.: Знання України, 2002.- 106 с.
- 33.Майданник В.Г. Рахит у детей: Современные аспекты – Нежин: ООО «Видавництво „Аспект-Поліграф”», 2006.- 116 с.
- 34.Майданник В.Г. Тубулоинтерстициальные болезни почек у детей.- К.: Знання України, 2002.- 156 с.
- 35.Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у детей. – Киев: ВБ «Аванпост-Прим», 2009. – 409 с.
- 36.Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания кишечника у детей. – Киев: ВБ «Аванпост-Прим», 2009. – 487 с.
- 37.Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. – Киев: ВБ «Аванпост-Прим», 2008. – 432 с.
- 38.Майданник В.Г., Майданник И.В. Справочник современных лекарственных средств.- М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2005.-1024 с.
- 39.Майданник В.Г., Митин Ю.В. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей – К.: ООО «ИЦ Медпромфор», 2006.- 288 с.
- 40.Маркевич В.Е., Майданник В.Г., Павлюк П.О. та ін. Морфофункціональні та біохімічні показники у дітей і дорослих.- Київ-Суми: МакДен, 2002.- 268 с.
- 41.Москаленко В.Ф., Волосовець О.П., Яворівський О.П., Булах І.Є., Остапик Л.І., Палієнко І.А., Мруга М.Р. (ред.) Крок 2. Загальна лікарська підготовка. Частина 2. Педіатрія, акушерство та гінекологія, гігієна. - Київ: Nova Knyha Publ.,2005.-404с.
- 42.Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 164 від 05.07.1999 р. «Інструкція з переливання крові та її компонентів»

43. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 34 від 15 січня 2014 року (додаток до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом»).
44. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 152 від 04.04.2005 року «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною» зі змінами (Наказ МОЗ № 289 від 01.04.2010).
45. Накази МОЗ України «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку», та по протоколах за спеціальностями «педіатрія» та ін. МОЗ України. – Київ, 2005 р. – 414 с.
46. Оказание стационарной помощи детям. Карманный справочник. Оригинальное издание: Pocket book of Hospital care for children. Geneva, WHO, 2005. – Всемирная Организация Здравоохранения, 2006, 378 с.
47. Первинна артеріальна гіпертензія у дітей та підлітків / За ред. В.Г. Майданника, В.Ф. Москаленка. - К.-2007.-389 с.
48. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
49. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед.навч.закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
50. Пособие ИВБДВ (Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста), Всемирная Организация Здравоохранения, Департамент Здоровья и Развития, Ребенка и Подростка (САН), 2000, 202 с.
51. Суставной синдром в практике педиатра / Е.В. Прохоров, В.В. Бережной, Ю.В. Марушко, Т.В. Марушко, Л.Л. Челпан. – Донецк, 2006. – 146 с.
52. Шлапак І.П. Анестезіологія та інтенсивна терапія. Еталони практичних навичок / під ред. І.П. Шлапака.-Київ, 2006.-73 с.
53. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний у детей. – Донецк, 2004. – 215 с.

З ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Основна література

1. Волосокець О.П., Нагорна Н.В., Кривоустов С.П., Острополець С.С., Бордюгова О.В. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей. Навчальний посібник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти. – Донецьк: Донецький державний медичний університет ім. М.Горького., 2007 – 112 с.

2. Дитяча імунологія : підруч. для лікарів-інтернів, лікарів-курсантів вищ. мед. закл. (ф-тів) післядиплом. освіти, а також для студ., викладачів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. проф. Л.І. Чернишової, А.П. Волохи. – К.: Медицина, 2013. – 719 с.
3. Дитячі інфекційні хвороби (клінічні лекції). Під ред. проф. С.О. Крамарєва. – Київ, «Моріон». – 2003. – 480 с.
4. Майданник В.Г., Бутиліна О.В. Клінічна діагностика в педіатрії. К.: «Дорадодрок», 2012. – 286 с.
5. Михайлова А.М., Трішкова Л.О., Крамарєв С.О., Кочеткова О.М. Інфекційні хвороби у дітей //К.: Здоров'я. -2000. -418 с.
6. Невідкладні стани в педіатрії: Навч. посіб. / За редакцією проф. О.П. Волосовця та Ю.В. Марушка – Х.: Прапор. – 2008. – 200 с.
7. Педіатрія в практиці сімейного лікаря : навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації / ред. Н.В. Банадига. – Т. : ТДМУ ; Т. : Укрмедкнига, 2008. – 340 с.

Додаткова література

1. Богадельников И. В. Справочник по инфекционным болезням у детей (для участковых педиатров, врачей санаторно-оздоровительных учреждений, семейных и школьных врачей и бригад скорой медицинской помощи). - Симферополь: Таврия, 2001. - 414 с.
2. Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Манолова Э.П., Ершова И.Б., Бойченко П.К. Лабораторные исследования в практической педиатрии. - Луганск, 2003.-131 с.
3. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Нагорна Н.В. та співавт. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів. - Донецьк: Донбас, 2004. - 84 с
4. Волосовец А.П., Юлиш Е.И. Рациональная антибиотикотерапия респираторных заболеваний у детей. - Донецк: Регина, 2005. - 389 с.
5. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Макролиды в практике современной педиатрии. Монография. – К.: «Четверта хвиля», 2009 – 192 с.
6. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Цефалоспорины в практике современной педиатрии. Монография. – Харьков: Прапор, 2007. – 184 с.
7. Волосовець О.П., Кривоустов С.П. та ін. Профілактика, діагностика та лікування захворювань: інфекційні хвороби, пульмонологія, профілактична імунізація. Педіатрія. Пульмонологія. Медичний довідник. Consensus Medicus. За ред. С.О. крамарєва, П.П. Сокура. – К.: ФОП Фьодоров В.О., 2008.

8. Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Манолова Э.П., Ершов И.Б., Бойченко П.К. Лабораторные исследования в практической педиатрии – Луганск, 2003. – 131 с.
9. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Нагорна Н.В., співав. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів-Донецьк: Донбас, 2004. – 84 с.
10. Инфекционные болезни у детей / под ред. В.В. Ивановой. - М.: МИА. 2002. - 923 с.
11. Инфекционные болезни, у детей / под ред. В.Н. Тимченко. Л.В. Быстряковой. - СПб.: СпецЛит, 2001. - 560 с.
12. Інфекційні хвороби у дітей / під ред. С.О. Крамарева. - К.: «Моріон», 2003.-480 с.
13. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей. - К.: Знання України, 2002. - 106 с.
14. Майданник В.Г. Современные макролиды (Фармакодинамика, фармакокинетика и клиническое применение). - К.: Фарм Арт, 2002. - 296 с.
15. Майданник В.Г., Майданник И.В. Справочник современных лекарственных средств. - М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2005. - 1024 с.
16. Майданник В.Г., Митин Ю.В. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей. - К.: ООО «ИЦ Медпротроминфор», 2006. - 288 с.
17. Майданник В.Г., Сміян О.І., Бинда Т.П. Гостра пневмонія у дітей: Клінічні варіанти перебігу, діагностика та лікування.–Суми, 2009. – 154 с.
18. Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания кишечника у детей. – Киев: ВБ «Аванпост-Прим», 2009. – 487 с.
19. Маркевич В.Е., Майданник В.Г., Павлюк П.О. та ін. Морфофункціональні та біохімічні показники у дітей і дорослих. - Київ-Суми: МакДен, 2002.-268 с.
20. Марушко Ю.В. Практична педіатрія: методика клінічного обстеження семіотики ураження органів та систем, основні маніпуляції : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та лікарів-інтернів / Ю.В. Марушко, С.А. Пісоцька, Т.В. Гищак. – К. : Паливода А.В. [вид.], 2010. – 262 с.
21. Менингиты у детей / И.В. Богадельников, Л.Х. Горішняк, Г.М. Кушнир и др.: Под ред. проф. И.В. Богадельникова, М.В. Лободы. - Издательство «Крым-Фарм-Трейддинг»: Симферополь-Киев, 2002. -448 с.
22. Михайлова А.М., Трішкова Л.О., Крамарев С.О., Кочеткова О.М. Інфекційні хвороби у дітей // К.: Здоров'я. – 2000. – 418 с.

23. Накази МОЗ України «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку», та по протоколах за спеціальностями «педіатрія» та ін. МОЗ України. - Київ, 2005. - 414 с
24. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / за ред. проф. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. – 3-є вид., стер. – К. : Медицина, 2011. – 552 с.
25. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. – М.: «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
26. Пеший М.М. Невідкладна допомога в педіатричній практиці / Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації. – Полтава, 2001. – 245 с.
27. Ситуаційні завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника. - К., 2006. - 204 с.
28. Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей: практическое руководство/под ред. К. Макуэйя-Джонса, Э. Молинеукс, Б. Филипс, С. Витески. М.: «МЕДпресс-информ», 2009. – 460 с.
29. Тестові завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника. -К., 2007.-429 с.
30. Чернишова Л.І. Первинні комбіновані імунодефіцити у дітей : навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації та лікарів-інтернів / Л.І. Чернишова, Д.В. Самарін; Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К.;, 2004. – 240 с.
31. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний у детей. – Донецк, 2004. – 215 с.
32. Fisher, Randall G.; Boyce, Thomas G. Moffet's Pediatric Infections Diseases: A Problem Approach, 4th Edition. – 2005. – 1054 p.
33. Krugman's infections diseases of children 11th edition. – 2003. – 820 p.
34. Nelson textbook 18th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. Видавництво: SAUNDERS. 2007. – 3200 p.

З ДИТЯЧОЇ ФТИЗИАТРІЇ

Основна література:

1. Фтизіатрія. Підручник / За ред. проф. В.І. Петренка.- Вінниця: “Нова книга”, 2006. - 503с.
2. Фтизіатрія. Підручник / За ред . акад. А.Я. Циганенка, проф. С.І.

Зайцевої. - Х.: Факт, 2004.- 390с.

3. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкульоз. Підручник. Тернопіль: “Укрмедкнига”, 1999. – 323 с.

Додаткова література

1. Фтизіатрія: навчально-методичний посібник. Збірник завдань для тестового контролю знань / За ред. В.Ф. Москаленка, В.І. Петренка. - Вінниця: Нова книга, 2005.- 296с.
2. Туберкульоз / За ред. проф. Асмолова О.К. – Одеса, 2002. –275 с.
3. Туберкульоз поза легеневої локалізації / Ю.І. Фещенко, І.Г. Ільницький, В.М. Мельник, О.В. Панасюк; за ред. Ю.І. Фещенко, І.Г. Ільницького. – Київ: Логос, 1998. –376 с.
4. Перельман М . И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. – Фтизіатрія: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО “Издательство “Медицина”, 2004. –520 с.
5. Фтизіопульмонологія. Учебник / Мишин В.Ю., Григорьев В.Г., Митронин А.В., и др. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007г. – 504стр.
6. Туберкулез у детей и подростков. / Под ред В.А. Аксеновой М.: ГЕОТАР.- Медиа, 2007 г., -272стр.
7. Фтизіатрія: национальное руководство / Под ред М.И. Перельмана. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007г. – 512стр.
8. Король, О.И. Диагностика, клиника и лечение туберкулеза у детей и подростков: учебник для вузов / О.И. Король; под ред. О.И. Король. – СПб.: Изд. ГПМА, 2003. – 292 с.

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ

1. <http://pedinfo.wustl.edu> - електронні ресурси з педіатрії.
2. <http://www.nlm.nih.gov> – сайт національної медичної бібліотеки США
3. <http://www.nbu.gov.ua/portal/> сайт бібліотеки ім. В.І. Вернадського
4. <http://www.scirus.com> – науково-орієнтовна пошукова система
5. <http://elibrary.ru> – сайт наукової електронної бібліотеки (проект Російського фонду фундаментальних досліджень)
6. <http://www.zdravinform.ru/dev/html/rus/index.php> - електронні книжки з медицини
7. <http://www.medliter.ru/> - медична література

Навчальне видання

Леженко Геннадій Олекандрович
Резніченко Юрій Григорович
Пашкова Олена Єгорівна
Гиря Олена Максимівна
Каменщик Андрій Володимирович
Врублевська Світлана Володимирівна
Лебединець Олександра Миколаївна
Гладун Катерина Валеріївна

ПЕДІАТРІЯ

Збірник ситуаційних задач для підготовки до
Державного іспиту з дитячих хвороб, дитячих інфекційних хвороб,
фтизіатрії

(електронне видання)