

## ЗАДАЧА 1

Первый врачебный патронаж к новорождённому ребёнку.

Мальчику 8 дней, родился от молодых родителей. Беременность I, протекала с гестозом в 1-ом и 3-ем триместре беременности. Роды срочные, наблюдалось тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар– 5/8баллов. Масса тела при рождении 3690 г, длина – 52 см. В начале 2 суток жизни появилась иктеричность кожи.

Группа крови матери 0(I) Rh(+), ребёнка 0(I), Rh(–). Концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямо́й – 280 мкмоль/л, прямо́й – 3,4 мкмоль/л. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм – адаптированной молочной смесью. Вакцинация и неонатальный скрининг – проведены. Выписан из родовспомогательного учреждения на 7-е сутки с потерей массы тела 350 г.

При осмотре мать жалуется на недостаток молока, докармливает адаптированной молочной смесью. Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, отмечается тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Видимые слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5×3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1,0×1,0 см. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, при перкуссии–ясный лёгочный звук над всеми полями лёгких. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см.из-под края реберной дуги, селезёнка – у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки, с небольшой примесью зелени. Наружные половые органы, сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке.

### ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Механизмы развития желтухи в данном случае?
3. Какие профилактические прививки, в какие сроки должны быть проведены здоровому ребёнку в родовспомогательном учреждении?
4. Что включает понятие «неонатальный скрининг»?

## ЗАДАЧА 1

Диагноз: Период новорождённости. Неонатальная (физиологическая) желтуха новорождённых.

Группа здоровья IIб (риск патологии ЦНС – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, мышечной дистонии – группа высокого риска).

*Механизмы развития желтухи: замена фетального НвF на «взрослый» НвА, недостаток альбумина в плазме, недостаток в печени ферментов, резорбция из кишечника (кишечно-печеночная рециркуляция билирубина).*

*В родовспомогательных учреждениях в первые 24 часа жизни проводится вакцинация против гепатита В, на 3-7 день жизни – противотуберкулёзная вакцинация (методом первичной щадящей иммунизации – БЦЖ-М).*

*Неонатальный скрининг – обязательное обследование новорождённых детей на фенилкетонурию, муковисцидоз, врождённый гипотиреоз, галактоземию, адреногенитальный синдром. У доношенных проводят на 4-й день жизни, у недоношенных детей – с 7-го дня жизни.*



## ЗАДАЧА 2

Ребёнку 4,5 мес., с неотягощённым анамнезом, сделана вторая профилактическая вакцинация АКДС и ИПВ. Предыдущие профилактические прививки, в том числе V1 АКДС и ИПВ девочка перенесла хорошо.

На следующий день после прививки мать обратилась к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, беспокойство ребёнка, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, мать обвинила участкового педиатра и медицинскую сестру прививочного кабинета.

При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины АКДС имеется умеренно болезненный инфильтрат диаметром 2×3 см, гиперемия до 4 см.

### ЗАДАНИЕ:

1. Как объяснить матери данную ситуацию?
2. Отличие поствакцинальной реакции от поствакцинального осложнения?
3. Укажите область тела и способ введения вакцины АКДС и ИПВ.
4. Следует ли подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
5. Тактика участкового педиатра по дальнейшей вакцинации ребёнка.

## ЗАДАЧА 2

Диагноз: Поствакцинальная реакция на прививку АКДС.

*Все адсорбированные вакцины вводят внутримышечно в передненаружную область бедра. Экстренное извещение – не подается, т.к. это нормальная реакция на введение вакцины АКДС.*

*Ребёнок подлежит дальнейшей вакцинации АКДС на фоне жаропонижающих (парацетамол, ибупрофен в возрастных дозах в течение 2 дней) или можно заменить на ацеллюлярную вакцину (АаКДС).*

### ЗАДАЧА 3

Вызов на дом участкового педиатра к мальчику 2 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлости около левого уха.

Ребенку 9 дней назад проведена иммунизация паротитно-коревой вакциной, за месяц до неё переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита, в связи с чем, прививался по индивидуальному графику. От иммунизации против кори, краснухи и эпидемического паротита мать ребёнка отказалась в письменной форме; месяц назад получено добровольное информированное согласие на проведение прививки против кори и эпидемического паротита. Вакцинацию против гепатита В, туберкулёза, пневмококковой инфекции, АКДС, полиомиелита переносил нормально.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Зев гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Отмечается припухлость и умеренная болезненность околоушной железы слева, утолщение кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные симптомы не выявлены.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка?
4. Возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
5. Показана ли госпитализация?

### ЗАДАЧА 3

Диагноз: Нормальная реакция на прививку против эпидемического паротита: увеличение околоушной железы слева.

*Экстренное извещение оформляется только на поствакцинальное осложнение. В данной ситуации – это нормальная (ожидаемая) реакция на введение живой вакцины.*

*Дифференциальную диагностику проводят: с паротитом инфекционного генеза (бактериальным), сиалоаденитом (слюннно-каменная болезнь), медиастенитом.*

*Госпитализация не показана.*

## ЗАДАЧА 4

Новорождённая девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней.

Ребёнок от II беременности (I– самопроизвольный выкидыш в 7-8 нед.). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности часто пользовалась сальбутамолом, так как в квартире был ремонт, беременная находилась дома. В период беременности 2 раза переболела ОРВИ. У родственников по линии отца и матери отягощённый аллергоанамнез. Роды своевременные, оперативные (кесарево сечение), оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30-40 мин., срыгивала. Масса тела при выписке – 2550 г. Вакцинация и неонатальный скрининг проведены в родовспомогательном учреждении.

Ребёнок на естественном вскармливании. Сосёт вяло, с перерывами, необильно срыгивает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный тонус повышен. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые. Пуповинный остаток сухой, в скобе. Большой родничок 3×3 см, не выбухает. Дыхание равномерно проводится во все отделы лёгких, ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см., селезёнка не пальпируется. Стул 5 раз в день, жёлтый, кашицеобразный.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз и группу здоровья.
2. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность.
3. Какие физиологические параметры оцениваются у новорождённого по шкале Апгар?
4. Рассчитайте массо-ростовой коэффициент при рождении у ребёнка.
5. Составьте план проведения профилактических прививок на 1-е полугодие жизни у данного ребёнка.

## ЗАДАЧА 4

Диагноз: Период новорождённости. Пренатальная белково-энергетическая недостаточность 1 степени (ЗВУР по гипотрофическому типу). Группа здоровья IIб.

*Группы риска: по аллергическим заболеваниям, патологии ЦНС, рахиту, анемии и хр. расстройствам питания, группа социального риска (мать – студентка).  
Массо-ростовой индекс – (2800:50=56)*

*Вакцинация по календарю:*

*1 мес. – V2 гепатит В*

*2 мес. – V1 пневмококковая инфекция*

*3 мес. – V1 коклюш, дифтерия, столбняк, V1 инактивированная полиовакцина*

*4,5 мес. – V2 коклюш, дифтерия, столбняк, V2 инактивированная полиовакцина, V2 пневмококковая инфекция*

*6 мес. – V3 гепатит В, V3 коклюш, дифтерия, столбняк, V3 инактивированная полиовакцина. Вакцинация против гриппа ½ дозы – 0,25 мл (через 1 месяц повторить ½ дозы – 0,25 мл)*





## ЗАДАЧА 5

Мать с девочкой 3 месяцев пришла на профилактический приём к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г., длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 мес., далее – адаптированная молочная смесь. Прибавка в массе тела за 3 мес. – 2100 г. В возрасте 2,5 мес. перенесла ОРВИ. Лечилась на дому симптоматическими средствами.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледно-розовая, сухая. Видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах – не увеличены, безболезненные. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

**Анализ мочи:** рН слабо-кислая, белок 0,033 г/л, лейкоц. 1-3 в п/зр.

**Клинический анализ крови:** эритроц. –  $3,7 \times 10^{12}$ /л, Hb 95 г/л, MCH 22 пг (N 24-33 пг); лейкоц. –  $8,5 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я -32%, л.-58%, м.-4%, б.-1%, э.- 3%, СОЭ- 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз, назначьте лечение.
2. Какие факторы способствовали развитию данного состояния?
3. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
4. Как и в какие сроки следует контролировать эффективность лечения?
5. Тактика участкового педиатра по иммунизации этого ребёнка.

### ЗАДАЧА 5

Диагноз: Железодефицитная анемия I степени.

Препараты железа III валентного назначают в лечебной дозе (5 мг/кг/сут), не менее 3 мес., затем – профилактические дозы (1-3 мг/кг/сут)

ЦП – относительное содержание гемоглобина в эритроците, вычисляют по формуле  $ЦП = (3 \times Hb) / RBC$ ; (Hb в г/л, эритроциты – первые три цифры)

У ребёнка ЦП=0,77 (N 0,8-1,05) – гипохромия.

Эффективность лечения контролируют через 2 нед. после начала лечения препаратами железа. Назначают клинический анализ крови + ретикулоциты. Затем ежемесячно.

Иммунизация – при достижении значений Hb 100 г/л, по календарю.



## ЗАДАЧА 6

Первый врачебный патронаж к новорожденной девочке на 5 день жизни.

Ребёнок от II беременности(I беременность – самопроизвольный выкидыш в 7-8 нед.гестации), протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, ОПГ-гестоза в III триместре – лечение в стационаре. Роды своевременные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вакцинация и неонатальный скрининг проведены в родовспомогательном учреждении.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощённости генеалогического анамнеза – 1,0.

При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, птоз век, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пуповинный остаток – в скобе. Дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧСС 120 в 1 минуту. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2 см, селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

### ЗАДАНИЕ:

1. По какой группе здоровья будет наблюдаться ребёнок?
2. Какие группы риска у новорожденной?
3. Как определяется индекс отягощённости генеалогического анамнеза?
4. О чём свидетельствуют стигмы дизэмбриогенеза?

## ЗАДАЧА 6

Диагноз: Период новорожденности. Стигмы дизэмбриогенеза.

Группа здоровья IIб

*Риск по развитию патологии ЦНС, заболеваний почек, обменным нарушениям. Индекс отягощённости генеалогического анамнеза (ИГО) = суммарное количество заболеваний у кровных родственников пробанда/общее число кровных родственников пробанда. ИГО 0-0,2 отягощённость низкая, 0,3-0,5 – умеренная, 0,6-0,8 – выраженная, 0,9 и выше – высокая.*

*Стигмы дизэмбриогенеза (малые аномалии развития) развиваются в результате воздействия различных неблагоприятных факторов в*

эмбриогенезе. Часто встречаются при хромосомных синдромах и наследственных заболеваниях. Диагностическое значение имеет выявление 5 и более стигм одновременно.



## ЗАДАЧА 7

Первый врачебный патронаж.

Мальчику 18 дней. Ребёнок от I беременности, своевременных самопроизвольных родов. Мать переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях гестации). Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Масса тела при рождении 3200, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. В родовспомогательном учреждении обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком, вялое сосание. К концу 1-х суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии, в связи с чем, был назначен амоксициллин в/м. В связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза на 3-й день жизни ребёнок переведен в стационар. Получал лечение цефамизинем в/м, в течение 10 дней. Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. У матери выявлена гипогалактия – ребёнок переведен на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Видимые слизистые оболочки чистые. Дыхание в легких ослабленное везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 120 ударов в 1 минуту. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка у края рёберной дуги. Стул разжиженный, до 5 раз в сутки, без патологических примесей.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Оцените группы риска у ребёнка, поставьте группу здоровья.
2. Выделите факторы, способствующие возникновению данного состояния.
3. Перечислите наиболее ранние и частые симптомы развития септического процесса в период новорождённости.
4. Принципы ухода за кожей новорождённого.
5. Укажите тактику педиатра по ведению этого ребёнка в период новорождённости.

## ЗАДАЧА 7

Диагноз: Период новорождённости. Группа здоровья IIб, риск гнойно-септических заболеваний, патологии ЦНС.



## ЗАДАЧА 8

Первый врачебный патронаж к мальчику 13 дней.

Ребёнок от II беременности (I беременность – здоровый ребёнок). В 1-ом триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась амоксициллином. Ребёнок родился с массой тела 2960 г, длиной – 51см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, был переведен в специализированное отделение стационара Обследован, диагноз: ВПС, дефект межжелудочковой перегородки, НК0. Вакцинация и неонатальный скрининг – проведены. Выписан на педиатрический участок на 12-е сутки жизни.

При осмотре состояние удовлетворительное, грудь сосёт активно. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, цианоза нет. Дыхание в лёгких проводится равномерно во все отделы, ослабленное везикулярное. ЧСС 126 в 1 минуту, при нагрузке – до 140 в 1 минуту. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р.мах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 2см, селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые.

### ЗАДАНИЕ:

1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребёнок?
2. Укажите нормальные границы относительной и абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденных.
3. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на лёгочной артерии при данной патологии?

## ЗАДАЧА 8

Диагноз: Группа здоровья III, врожденный порок сердца: ДМЖП, НК0.

### *Границы относительной сердечной тупости*

*Правая  
Верхняя*

*По правой парастеральной линии  
2 ребро*

<i>Левая</i>	<i>2-1 см кнаружи от левой среднеключичной линии</i>
	<b><i>Границы абсолютной сердечной тупости</i></b>
<i>Правая</i>	<i>Левый край грудины</i>
<i>Верхняя</i>	<i>3 ребро</i>
<i>Левая</i>	<i>По наружному ободку околососкового кружка</i>

## ЗАДАЧА 9

Мать с ребёнком 2.5 мес. пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. На последнем приёме были в 1-месячном возрасте. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность I, протекала с гестозом во 2-ом триместре, на 32 неделе гестации перенесла бронхит. Роды своевременные, самопроизвольные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. Масса тела при выписке 3080 г. Вакцинация и неонатальный скрининг проведены. Из родовспомогательного учреждения выписана на 4 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок не болел.

Антропометрия: масса тела 4600 г, длина 57 см, окружность грудной клетки 38 см. Температура тела 36,8°C. При осмотре ребёнок беспокойный, плачет. Голову держит хорошо. Пытается перевертываться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлекс Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлекс угасают, хватательный и подошвенный рефлекс вызываются хорошо. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Дыхание проводится равномерно во все отделы лёгких, пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Вычислите долженствующую массу тела.
4. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

### ЗАДАЧА 9

Диагноз: Белково-энергетическая недостаточность, алиментарная (постнатальная гипотрофия I степени).

*Группа здоровья IIб. Группы риска: по развитию гнойно-септических заболеваний, рахиту, анемии и хр.расстройств питания.  
Долженствующая масса 5300 г (дефицит 700 г – 8,7%).  
Иммунизация не противопоказана.*



## ЗАДАЧА 10

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с 6-месячной девочкой.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением; курит. Ребёнок от II-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (адаптированная молочная смесь, кисло-молочная смесь 200 мл на приём, каша 180-200г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). Иммунизация – в соответствии с календарём профилактических прививок России. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 г, длина – 67 см., окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Большой родничок 1,5×1,5 см, не напряжён, костные края податливы. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата – без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

### ЗАДАНИЕ:

1. К какой группе риска следует отнести данного ребёнка?
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребёнка.
3. Определите группу здоровья ребёнка, дайте обоснование.
4. Составьте план наблюдения за ребёнком на первом году жизни.
5. Какие профилактические мероприятия следует рекомендовать ребёнку?

## ЗАДАЧА 10

Диагноз: Группа здоровья IIб (группа высокого риска). Паратрофия.

Группы риска: по развитию обменных нарушений, ЧБД, рахиту, ЖДА и хроническим расстройствам питания.