

ЗАТВЕРДЖЕНО

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
ЛНМУ імені Данила Галицького

доц. Ірина СОЛОНИНКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

спільним засіданням Вчених рад медичних факультетів №1 та №2 та факультету іноземних студентів
ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 1/03-2024 від 13.03.2024 р.

Декан медичного факультету №1 _____ проф. Марта КОЛШЕЦЬКА

Декан медичного факультету №2 _____ доц. Олег КАПУСТИНСЬКИЙ

Декан факультету іноземних студентів _____ доц. Євген ВАРИВОДА

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні профільної методичної комісії з педіатричних дисциплін ЛНМУ імені Данила Галицького
Протокол № 2 від «15» лютого 2024 року

Голова _____ проф. Леся БЕШ

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ
на екзаменаційній станції ОСП(К)І
Клінічне ситуаційне завдання з дитячих хвороб
Спеціальність 222 Медицина
дисципліна «Дитячі хвороби з дитячими інфекційними хворобами»

Клінічне завдання 1

Пацієнт, вік 13 років, скарги на приступ ядухи з вираженою експіраторною задишкою. Видих супроводжується свистячими хрипами, які чути на відстані. Намагаючись полегшити дихання, займає вимушене положення - сидить, нахилившись уперед, і, опираючись на руки, намагається зафіксувати плечовий пояс і видихнути. Мова затруднена. Лице бліде з ціанотичним віддінком. Спостерігається сухий кашель.

Показники комп'ютерної спірометрії: ОФВ1 – 40% від належних величин.

Дані анамнезу: Загострення виникають кілька разів на місяць, частіше при перебуванні у старому будинку в селі.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 2

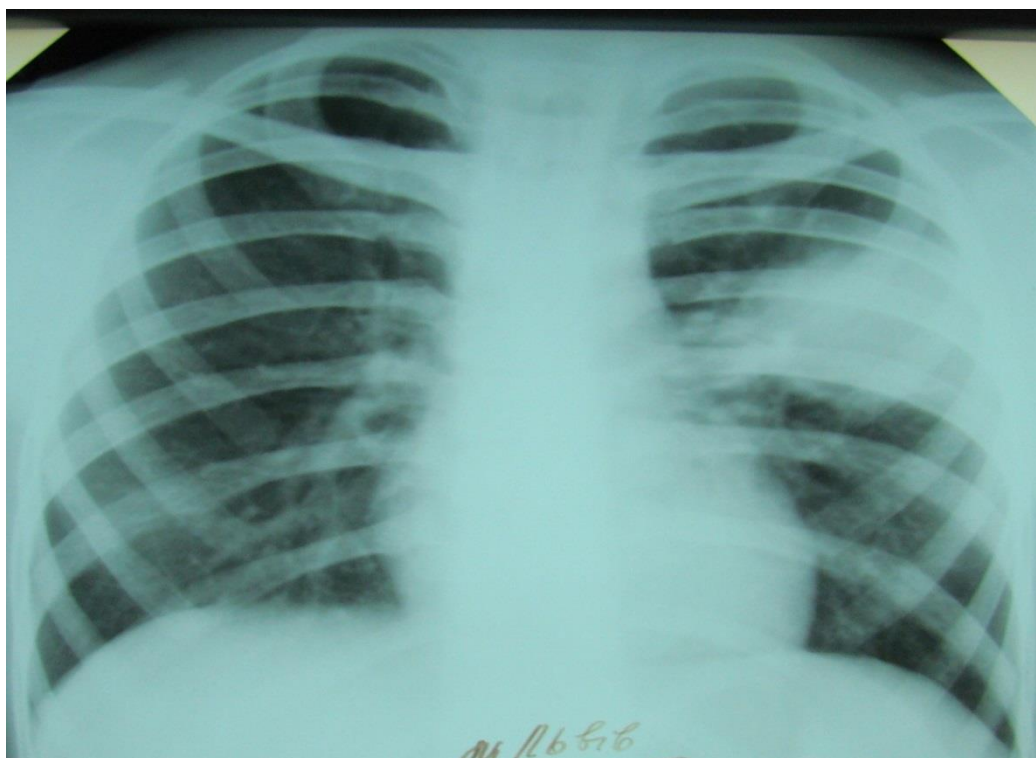
Пацієнт, вік 9 років, скарги на сухий непродуктивний кашель, який турбує впродовж 5 днів, субфебрильну температуру.

Анамнез захворювання: 6 днів тому спостерігались – підвищення температури тіла до 37,8°C, захриплість голосу, серозні виділення з носа, збільшення шийних лімфатичних вузлів. Через добу появився сухий кашель, повторно підвищилася температура тіла 38,9°C

Протягом останнього дня з'явилась задишка при фізичному навантаженні.

Оглянутий педіатром. У спокої частота дихання 22 на хвилину, при фізичному навантаженні 36 на хвилину. Перкуторно зліва над легеньми ділянка вкорочення перкуторного звуку, аускультативно у цій ділянці дихання ослаблене.

Проведено рентгенографію органів грудної клітки (додається).



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 3

Дитина 5 років поступила на обстеження зі скаргами батьків на блідість дитини, млявість, швидку втому під час прогулянок на вулиці, появу задишки та периорального ціанозу при незначних фізичних навантаженнях.

Анамнез захворювання: два тижні напередодні госпіталізації дитина мала прояви респіраторної інфекції (нежить, біль в горлі, підвищення температури тіла впродовж 3 діб 37,8-38,3°C). Амбулаторно сімейний лікар призначила гропрінозин в сиропі на 3 доби, антипіретики при температурі вище 38 °С, сольові розчини в ніс. Стан покращився на 4-у добу, але через тиждень з'явилися описані вище скарги, які наростали.

На час Вашого огляду: шкіра бліда, ЧД 32/хвилину; ЧСС 105/хвилину, тони серця ослаблені, короткий систолічний шум на верхівці.

Результати аналізів: ЛДГ 980 Од/л; ЛДГ1/ЛДГ2 – 0,8; КФК МВ - 54 Од/л.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: \привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 4

Батьки схвилювані поведінкою дитини віком 4 роки. А саме: мало активна, швидко втомлюється при ходьбі, часто проситься на руки, періодично скаржиться на біль голови. Двічі були носові кровотечі.

Сімейний лікар під час огляду дитини виявив блідість шкіри, підвищений артеріальний тиск (права рука 115/85 мм.рт.ст.; ліва – 125/90 мм.рт.ст) та скерував дитину на обстеження.

МРТ серця:



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 5

Дитина 13 років, скарги на біль та припухлість правого колінного суглоба.

Скарги з'явилися на фоні респіраторної інфекції. Біль у суглобі помірний у спокої, посилюється при ходьбі та при дотику.

Анамнез хвороби: хворіє впродовж 4-ьох діб, відколи підвищилася температура тіла до 38,8°C, млявість, серозні виділення з носа. Отримував антипіретики. На 3-ю добу температура тіла 36,8 °С, але появились біль та припухлість правого колінного суглоба. До сімейного лікаря не звертався, лікування не отримував.

Анамнез життя без особливостей.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Температура тіла 37,9°C.

Слизові виділення з носа, задня стінка горла гіперемована. Пацієнт кульгає, щадить праву ногу. Колінний суглоб має згладжений контур, збільшений в об'ємі, шкіра над ним помірно гіперемована, на дотик відчувається локальне підвищення температури. Обсяг активних та пасивних рухів обмежений. Інші суглоби не змінені. Зі сторони інших органів та систем при огляді змін не виявлено.

Заг.аналіз крові: НЬ - 128 г/л, КП - 0,91, Ер - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3 %, с/я - 41 %, е - 3 %, л - 46 %, м - 7 %, ШОЕ - 6 мм/год.

Загальний аналіз сечі: колір світло - жовтий, прозора; рН - 6,0; питома густина - 1017; білок – не виявлено; цукор – не виявлено; еп. кл. - 1-2-3 в п/з ; лейкоцити -2-3 в п/з .

УЗД колінних суглобів: випіт у порожнині правого колінного суглоба 10 мм. Проліферативних змін синовіальної оболонки не виявлено.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 6

Дитина, вік 15 років, скарги на зміну почерку, мимовільні рухи м'язів обличчя, змінність настрою.

Анамнез хвороби: скарги з'явилися через 14 днів після перенесеної ангіни. Отримувала лікування ангіни (амоксиклав 1000мг х 2 рази на добу впродовж 7 днів). Самопочуття було добре, почала відвідувати школу.

Анамнез життя: під спостереженням у отоларинголога з приводу хронічного тонзиліту.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Дитина емоційно лабільна (настрій пригнічений, плаксива). На момент огляду температура тіла 39°C. Шкіра чиста. Підщелепові лімфатичні вузли поодинокі, розміром до 1,0см. Виражена м'язова гіпотонія. Зі сторони серцево-судинної системи: тахікардія (пульс 102 /хв.); тони серця ослаблені, короткий систолічний шум у 5 точці.

Горло: мигдалики гіпертрофовані, рихлі.

Неврологічний статус: спонтанні мимовільні рухи м'язів обличчя, кліпання очима. Порушення координації (пальце-носова проба позитивна) та статика (нестійка в позі Ромберга).

Біохімічний аналіз крові: СРП 86 мг/л; АСЛ «О» 640 Од.

Посів з горла на флору: ріст бета-гемолітичного стрептококку групи А (10⁶).

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 7

Підліток, 15 років, скаржиться на періодичний біль голови, підвищену пітливість, серцебиття, підвищення артеріального тиску (АТ) до 145/90 мм. рт. ст., який погано піддається медикаментозному лікуванню. Підвищений АТ був виявлений випадково під час профілактичного огляду 3 місяці тому. Від цього часу хлопець отримує еналаприл у дозі 5 мг на добу, що, на початку дозволяло контролювати АТ. Час від часу хлопець отримував пропранолол у дозі 5 мг на добу курсами по 3-5 днів для зменшення частоти серцебиття.

Проведено добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ). Індекс часу гіпертензії становить 68%.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 8

Дівчинка, вік 15 років, скаржиться на затримку випорожнень до 1-2 разів на тиждень, з тривалою натугою, відчуття неповного спорожнення кишечника, зміну форми і характеру випорожнень (тверді, сухі, типу «овечого», стрічкоподібного).

Анамнез хвороби: харчується нераціонально, без чіткого режиму, постійно вживає страви з напівфабрикатів. Ставлення до навчання у школі негативне, конфлікт з однокласниками. Лікування не отримує.

Анамнез життя: знаходиться на диспансерному обліку у психіатра з 7 років.

Об'єктивний огляд: дитина в депресивному стані (настрій пригнічений, агресивний). На момент огляду температура тіла 36°C. Шкіра чиста, шкірних покриви бліді, язика обкладений білим налетом, живіт здутий, при пальпації передньої черевної стінки (виявлення ділянок болючості по ходу кишківника). З боку інших органів та систем патології не виявлено.

Проведено дослідження калу на мікробний «пейзаж» і виявлено: в 1г фекалій - патогенні ентеробактерії – 0, біфідобактерії – 10^8 , лактобактерії – 10^7 , загальна кількість кишкових паличок (повноцінних) – 10^8 , кишкова паличка із слабовираженими ферментативними властивостями – 5%, ентерококи – 10^3 , епідермальний стафілокок – 10^2 , цитробактер – 10^2 .

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 9

Хлопчик, віком 4-ох років, на профілактичному огляді педіатром виявлено викривлення хребта та нижніх кінцівок (О – подібне викривлення). Порушення молочного прикусу. Дитині не проводиться профілактика рахіту (*вітамін Д ніколи не отримував*).

Анамнез хвороби: хлопчик став неспокійним, погано засипає і часто просипається, часто потіє, стали турбувати проблеми з харчуванням (зниження апетиту) та випорожненнями (закрепи);

Анамнез життя: харчовий раціон пацієнта (низький вміст вітаміну D у харчовому раціоні), частота перебування на сонячному світлі (недостатньо перебуває на свіжому повітрі, переважно вдома за комп'ютером або за переглядом мультиків); місцевість, у якій проживає дитина (будинок знаходиться на околиці міста, біля лісу); відсутність прийому вітаміну D (від народження препаратів вітаміну D₃ не приймав).

Об'єктивний огляд: виявлено відхилення хребта у фронтальну площину, асиметричне розміщення пліч, на боці увігнутості плече опущене, а на випуклому – підняте. Лопатки теж розміщені асиметрично, нижні кути їх розташовані не на одному рівні, трикутник талії на увігнутому боці більший, ніж на випуклому. Під час огляду спереду визначається асиметрія пліч і нерівномірне розміщення сосків, асиметричні трикутники талії.

Результати аналізів: біохімічний аналіз крові: загальний білок - 61,0 г/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л, кальцій – 2,1 ммоль/л, фосфор - 1,1 ммоль/л, ЛФ - 850 Од/л, 25 (ОН)D₃ – 27 нг/мл.

Рентгенографія трубчастих кісток: помірний остеопороз.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 10

Дівчинка 6 років. Скарги на підйом t до $38,7^{\circ}\text{C}$, болі в животі навколо пупка, поперековій ділянці, відмова від їжі та пиття, дворазова блювота.

Анамнез захворювання: захворіла 4 дні тому, коли після переохолодження (сиділа на холодному піску) піднялася t до $38,8-39,0^{\circ}\text{C}$ розвинулася загальна слабкість, відмова від їжі та пиття, блювота.

Сімейний лікар розцінив ці симптоми як прояви ГРВІ. Призначив назоферон, парацетамол. Але стан дитини не покращувався. Згодом батьки дитини помітили помутніння сечі.

Анамнез життя: лікувалася з приводу нейрогенного сечового міхура. У мами дівчинки хронічний пієлонефрит.

Об'єктивний огляд: загальний стан важкий. Температура тіла $38,8^{\circ}\text{C}$. Дівчинка млява. Виражені ознаки інтоксикації: шкіра бліда, суха, тургор тканин знижений.

З боку легень та серця без особливостей. Зів спокійний. Язик сухий. Живіт м'який, болючий при пальпації навколо пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Сеча візуально мутна, олігурія.

Загальний аналіз сечі: кількість – 70 мл, прозорість – мутна, густина – 1008, білок - 0,099г/л, лейкоцити – 50-60 п полі зору, еритроцити незмінні – 4-5 в полі зору, бактерії +++

УЗД органів сечової системи: сечовий міхур звичайної форми, залишковий об'єм сечі 20 мл, товщина стінки – 3 мм, нирки розташовані типово, паренхіма підвищеної ехогенності, згладжена кортико-медулярна диференціація.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 11

Пацієнт 11 років. Скарги на появу набряків на обличчі та гомілках, червоний колір сечі, біль голови та в попереку, підвищення t тіла до $37,8^{\circ}\text{C}$.

Анамнез захворювання: 5 днів тому після переохолодження (змок під дощем, довго перебував на вулиці у мокрому взутті) з'явилися загальна слабкість, біль голови та у попереку, піднялася t тіла до $37,8-38,0^{\circ}\text{C}$. Приймав парацетамол. На 3-й день хвороби появилися набряки на обличчі та нижніх кінцівках, сеча набула червоного кольору.

У хлопця з 8 років хронічний тонзиліт.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Температура тіла $37,9^{\circ}\text{C}$. Виражена блідість шкіри. На обличчі навколо очей та гомілках набряки середньої інтенсивності. Мигдалики збільшені в розмірах, рихлі. Дихання через ніс вільне. Серцеві тони дещо приглушені ритмічні чисті. АТ 145/95 мм рт.ст. Живіт м'який, доступний пальпації, дещо болючий навколо пупка. Випорожнення без особливостей. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Сеча червоного кольору, олігурія.

Загальний аналіз сечі: кількість -100 мл, колір – бурий, білок – 0,99 г/л, еритроцити змінені – покривають все поле зору, еритроцитарні циліндри, лейкоцити – 6-8 в полі зору.

АСЛ «О» - 600 МО/мл, СРБ – 36 мг/л

УЗД нирок – нирки збільшені в розмірах, паренхіма підвищеної ехогенності.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 12

Дитина 12 років, скарги на утруднене дихання носом, рясні виділення з носа слизового характеру, чхання, сльозотечу.

Анамнез хвороби: скарги вперше почали турбувати у 7-річному віці, виникають часто, не залежать від пори року, і зменшуються тільки на період прийому антигістамінних середників та назальних деконгестантів. Інтенсивність скарг суттєво підсилюється при перебуванні у старому будинку в селі. Жодного планового лікування дівчинка не отримувала, самостійно корегує призначення лікаря.

Анамнез життя: у ранньому дитячому віці у дитини були прояви атопічного дерматиту.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Шкірні покриви бліді, висипання відсутні. Кон'юнктива обох очей гіперемована. На спинці носа спостерігається поперечна складка. Дихання носом утруднене, пацієнтка переважно дихає через рот. В легенях – везикулярне дихання, хрипи відсутні.

Сімейний анамнез обтяжений – у батька алергічний риніт, у матері – контактний дерматит.

Проведені лабораторні дослідження:

- загальний IgE 830 Од/л;

- специфічні IgE до кліщів домашнього пороку *Dermat. farinae* і *Dermat. pteronyssinus* виявлені у високій концентрації (приналежність до 5 класу з 6).

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент:Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 13

Дівчинка, 9 років, скарги на висипання по тілу, свербіж, дратівливість, періодично болі в животі. Прояви захворювання спостерігаються з 5-річного віку, дане загострення виникло 7 днів тому, відколи впродовж двох діб перебувала в селі у старому будинку.

Лікувалася в домашніх умовах лоратадином та місцево гормональною маззю.

На момент огляду шкірні покриви бліді, висипання плямисто-папульозні, локалізовані на руках, животі, спині, місцями ділянки вираженого мокнуття та екскоріацій. У підколінних ділянках – ліхенефікація. Суб'єктивно інтенсивність клінічних симптомів оцінює як середні.

У дитинстві прояви алергії до білків коров'ячого молока.

Сімейний анамнез обтяжений – у бабусі по материнській лінії поліноз.

Результати алерготестування: загальний IgE: 640 Од/л. Специфічні IgE до кліщів домашнього пороку *Dermat. farinae* і *Dermat. pteronyssinus* виявлені у помірній концентрації (приналежність до 2 класу з 6).

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 14

Дівчинка, віком 14 років, звернулася на консультацію з приводу появи уртикарних висипань на шкірі тулуба та кінцівок. Висипання з'явилися гостро, два дні тому, після споживання дитиною великої кількості солодоців.

Об'єктивно: уртикарні висипання на шкірі тулуба, кінцівок до 10 см у діаметрі, місцями зливні. Свербіж шкіри. Сімейним лікарем було призначено супрастин та дексаметазон по 1мл дом'язово. Після застосування медикаментів відмічався нетривалий позитивний ефект. На наступний день висипання знову виникли, але на інших ділянках шкіри.

З анамнезу відомо, що рік тому дитина мала епізод подібних висипань після вживання нурофену на фоні ГРВІ.

Проведено УЗД органів черевної порожнини та нирок: печінка – паренхіма однорідна, ехогенність середня, контури чіткі, права доля 138 мм. Жовчевий міхур правильної форми, вміст неоднорідний. Підшлункова залоза не збільшена, ехогенність збережена, структура однорідна. Селезінка – без патологічних змін. Нирки: S=D, структура однорідна, ехогенність помірно знижена, контури чіткі, рівні.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: Привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 15

Дівчинка 14 років, скарги на збільшення розміру шиї та відчуття стискання, надмірну пітливість.

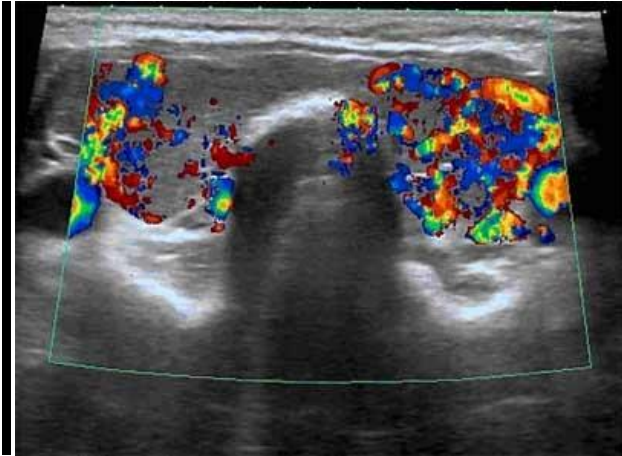
Анамнез хвороби: впродовж останніх місяців у дитини спостерігалися дратівливість, нервозність без будь яких причин та часті зміни настрою, швидка втома та зниження успішності в школі, порушення сну. Незважаючи на підвищений апетит дівчинка схудла. Періодично приступи серцебиття. До сімейного лікаря не звертались, лікування не отримує.

Анамнез життя без особливостей.

Об'єктивний огляд: загальний стан середньої важкості. Температура тіла 36,9⁰С. Дитина надмірно збуджена, тремтіння рук. Погляд дитини переляканий, з рідким морганням, широкі очні щілини, припухлість повік та гіперемія кон'юнктив. Порушення конвергенції очей. Щитоподібну залозу видно при нормальному положенні шиї. При пальпації щитоподібна залоза безболісна, м'якоеластичної консистенції, не містить вузлів, поверхня її рівна, пірамідальна частка збільшена. ЧСС – 120 ударів за хвилину. АТ 140/80 мм.рт.ст. Зі сторони інших органів та систем при огляді змін не виявлено.

Рівень ТТГ крові – 0,2 мОд/л; Т3 загальний - 4,8 нмоль/л; Т4 загальний - 195 нмоль/л.

УЗД щитоподібної залози:



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 16

У дівчинки віком 5 років, скарги на кровотечу з лівого носового ходу, яка розпочалась вночі і зранку зауважено плями крові на подушці. 10 днів тому дитина хворіла гострою респіраторною вірусною інфекцією, після чого на шкірі тулуба і кінцівок зауважено появу множинних петехій та екхімозів (фото додається).

Заг.аналіз крові: НЬ - 118 г/л , КП - 0,9 , ер.- $3,9 \times 10^{12}/л$; тромб. – $90 \times 10^9/л$; лейкоц.- $6,2 \times 10^9/л$; п/я - 3 % , с/я - 54 % , е - 3 % , л - 33 % , м - 7 % , ШОЕ - 8 мм/год.

Час кровотечі 16 хв. за Дюком.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 17

Дитині 5 років, скарги на сухий кашель, підвищення температури тіла до 38,5 С, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що дитина хворіє 5-ий день. Захворювання почалось гостро із підвищення температури тіла, сухого кашлю, закладеності носу. Лікування домашніми засобами ефекту не дало. Кашель посилювався, стан дитини погіршився. Звернулись в лікарню за медичною допомогою.

Об'єктивно: загальний стан дитини середньої важкості. Апетит відсутній. Кашель частий, сухий, задишка – 38/хв. Шкіра бліда, ціаноз носогубного трикутника. Перкуторно – вкорочення легеневого звуку справа в нижніх відділах. Під час аускультатії над легенями жорстке дихання, справа в нижніх відділах послаблене, там же поодинокі дрібноміхурцеві хрипи. Тони серця чисті, ритмічні, дещо приглушені. Живіт під час пальпації м'який, неболючий. Випорожнення 1 раз на день, в нормі. Сечовиділення вільне.

Лабораторно: Загальний аналіз крові: гемоглобін – 122г/л, ер. – 3,6 Т/л, лейкоцити – 11,2 Г/л, п.- 10%, с. – 65%, л. – 20%, м. – 5%, ШОЕ – 28 мм/год.

Рентгенографія органів грудної клітки: підвищена прозорість легневих полів, вогнищева тінь з нечіткими контурами у нижній долі правої легені.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 18

Дівчинка, 4 роки скарги на підвищення температури тіла до 39,4°C, біль голови та м'язів, розлитий біль у животі, блювоту, виражений інтоксикаційний синдром, втрату апетиту, загальну слабкість, постійну сонливість.

З анамнезу відомо, що дитина хворіє 5 добу. Захворювання почалось раптово, з підвищення температури тіла до 38°C, закладеності носа, втрати апетиту. Отримувала краплі до носа та парацетамол. Стан дитини поступово погіршувався, з'явилися болі в животі, дворазове блювання, головні болі, дитина стала неспокійною. Каретою швидкої медичної допомоги доставлена у міську дитячу лікарню.

При огляді стан дитини важкий, плачем реагує на огляд. ЧД – 45 ударів/хв. ЧСС – 142 ударів/хв.



Спостерігається висип у вигляді червонуватих папул, переважно на обличчі, тулубі і кінцівках, гіперемія губ і язика, ін'єкція судин склер обох очей, набряк кистей і стоп. *Тони серця* ослаблені, *вислуховується* систолічний шум на верхівці серця. *При аускультатії легень* – симетричні вологі дрібноміхурчасті хрипи в базальних відділах легень. Пальпація живота - спостерігається значна болючість по всій поверхні живота. З вчорашнього дня сечовипускання не було.

Дитина оглянута хірургом – даних за хірургічну патологію не виявлено.

Загальний аналіз крові: Hb – 102 г/л, Le – 31 Г/л, Eг – 3,0 Т/л, Тр – 105 *10⁹/л , еоз – 1 %, баз – 0%, пал – 9 %, сегменти – 71%, лімф – 11%, мон – 8%, ШОЕ – 62 мм/год.

ЕКГ: синусова тахікардія, відхилення електричної осі серця вліво, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

ПЛР-тест до SARS-Cov-2 у взятому з носа та горла матеріалі – позитивний.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 19

Пацієнт 5,5 років поступив у стаціонар зі скаргами на задишку, нападоподібний кашель, дихання зі свистом, відчуття стиснення грудної клітки.

Анамнез захворювання: погіршення самопочуття дитини розпочалося 4 дні тому, коли у нього відбулося підвищення температури тіла до 38,2°C, нежить, надокучливий нападоподібний сухий кашель, у зв'язку з чим дитина була госпіталізована.

Анамнез життя: дитина від III вагітності, вагітність перебігала в межах норми, пологи в термін. Маса тіла при народженні 3450 г, довжина 52 см. З 4 міс знаходився на штучному вигодовуванні. З 6 міс у дитини спостерігалися прояви атопічного дерматиту. З 2-х річного віку часто хворів на ГРВІ з лихоманкою, надокучливим кашлем. При фізикальному обстеженні – аускультативно в легенях вислуховувалися хрипи сухі та вологі. При неодноразовому рентгенологічному дослідженні діагноз пневмонії не підтверджувався. У 3,5 років вперше виник напад задухи вночі (на 4 добу захворювання на ГРВІ), який знявся інгаляцією сальбутамолу. Надалі напади повторювалися на тлі ГРВІ (приблизно кожні 2 місяці): вони виникали ввечері та вночі, купірувалися інгаляцією сальбутамолу. Вдома багато килимів, м'яких іграшок та нечасте вологе прибирання.

Спадковість: у матері – алергічний риніт, у батька і діда по батьківській лінії – бронхіальна астма.

При огляді: стан середньої тяжкості, не лихоманить, кашель сухий. Шкіра суха дещо бліда, є сліди розчухів та ділянок ліхенізації в колінних згинах. Покриви зіву спокійні, дещо рихлі. Дихання свистяче, видих подовжений,



задишка, наявне втягнення нагрудної ямки. ЧД 36 за 1 хвилину. Грудна клітка роздута, над легенями – перкуторний звук з коробковим відтінком, аускультативно - з обох сторін вислуховуються сухі свистячі хрипи. Тони серця приглушені, ЧСС = 100 уд/хв. Живіт м'який, неболючий. Печінка і селезінка не пальпуються. Діурез достатній. Випорожнення – оформлені.

Дані обстеження:

1. Аналіз крові: Нв 130 г/л, Ер. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів $5,8 \times 10^9$ /л, п/я 4%, с/я 50%, лімф. 27%, еоз. 11%, мон. 8%, ШОЕ 9 мм/год.

2. Пульсоксиметрія – 94%.

3. Рентгенограма органів грудної клітки: підвищення прозорості легеневого поля. Посилення бронхлегеневого малюнка в прикореневих зонах, вогнищевих тіней немає.

Розширення тіні і нечіткість контурів коренів. Сплюснення і низьке стояння діафрагмального купола.

Горизонтальне розташування ребер. Збільшення ширини міжреберних проміжків.

У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 20

Хлопчик Д, 7 років, надійшов до кардіоревматологічного відділення дитячої лікарні зі скаргами на підвищену втомлюваність, запаморочення, задишку при незначних фізичних навантаженнях, пітливість, відчуття серцебиття та перебоїв у його роботі, періодичні болі в епігастральній та навколопупкової ділянках, появу набряків на нижніх кінцівках. При об'єктивному огляді: шкірні покриви бліді, помірно виражений акроціаноз. Над легеньми аускультативно – вологі дрібноміхурцеві хрипи в базальних відділах легень. Пальпаторно – серцевий поштовх розлитий. Перкуторні межі відносно серцевої тупості права межа – 1.0 см назовні від I.sternalis dextra, ліва межа – на 1.5 см назовні від I.medioclavicularis sinistra, верхня межа – верхній край III ребра, аускультативно – тахікардія, нерегулярність серцевої діяльності, послаблення I тону, акцент II тону над легеневою артерією, дууючий систолічний шум над верхівкою серця та неінтенсивний систолічний шум біля основи груднини. Пальпаторно – пульс нерегулярний, дефіцит пульсу. АТ – 100/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, доступний пальпації у всіх відділах, чутливий в епігастральній та навколопупкової ділянці. Печінка – виступає на 2 см з-під краю реберної дуги. Анамнез захворювання: зі слів матері, відомо, що протягом «деякого часу» у дитини спостерігалася епізоди кардіалгій, підвищення температури до субфебрильних цифр, відчуття перебоїв у роботі серця, швидка втомлюваність, задишка, які мали тенденцію до прогресування. Появу цієї симптоматики матір дитини пов'язує з перенесеною за декілька тижнів перед тим вірусною інфекцією, що супроводжувалася підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр, почервонінням зіву, появою висипу на долонях і стопах дитини після

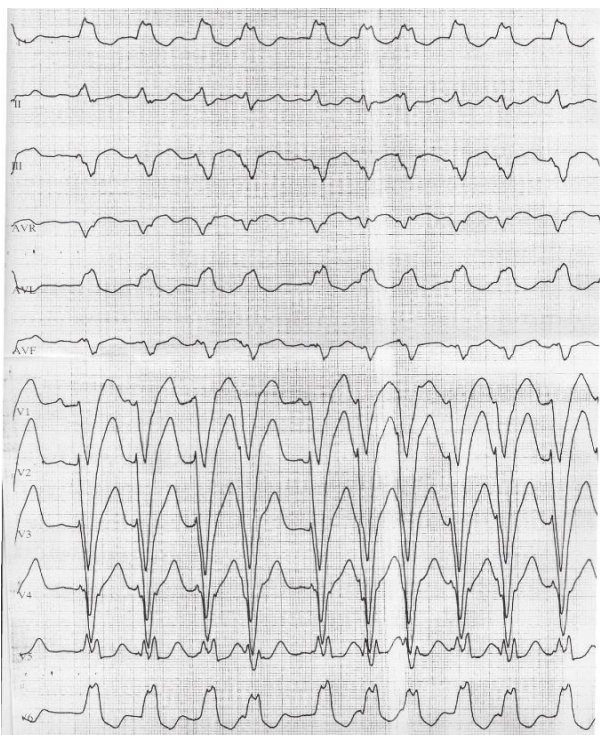
відвідування басейну.

Загальний аналіз крові: Нb - 118 г / л , Ер - $4,2 \times 10^{12}$ / л , Л - 8×10^9 / л , б - 0 % , п - 4 % , с - 35 % , е - 1 % , л - 59 % , м - 1 % , ШОЕ - 20 мм / год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 65 г/л, АсАТ- 48 Од/л, ЛДГ - 0.800 Од/л (ЛДГ-1 / ЛДГ - 2=2), КФК-МВ – 9.0 нг/мл, тропонін I – 25 пг/мл, тропонін T - 0.08 нг/мл, прокальцитонін-0.3 нг/мл , креатинін - 55 мкмоль/л, сечовина - 6.7 ммоль/л СРП – 9 мг/л, АСЛ-О – 124 Од/мл.

Ехо-КГ: дилатація порожнини серця, переважно шлуночків, більш ЛШ, кінцевий діастолічний розмір (КДР) >6,5-7,0 см, кінцевий діастолічний об'єм (КДО) >158 см³/м², кінцевий систолічний об'єм (КСО) >112 см³/м², ФВ -45%, ознаки дифузної гіпокінезії, клапанний апарат – без змін.

ЕКГ:



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 21

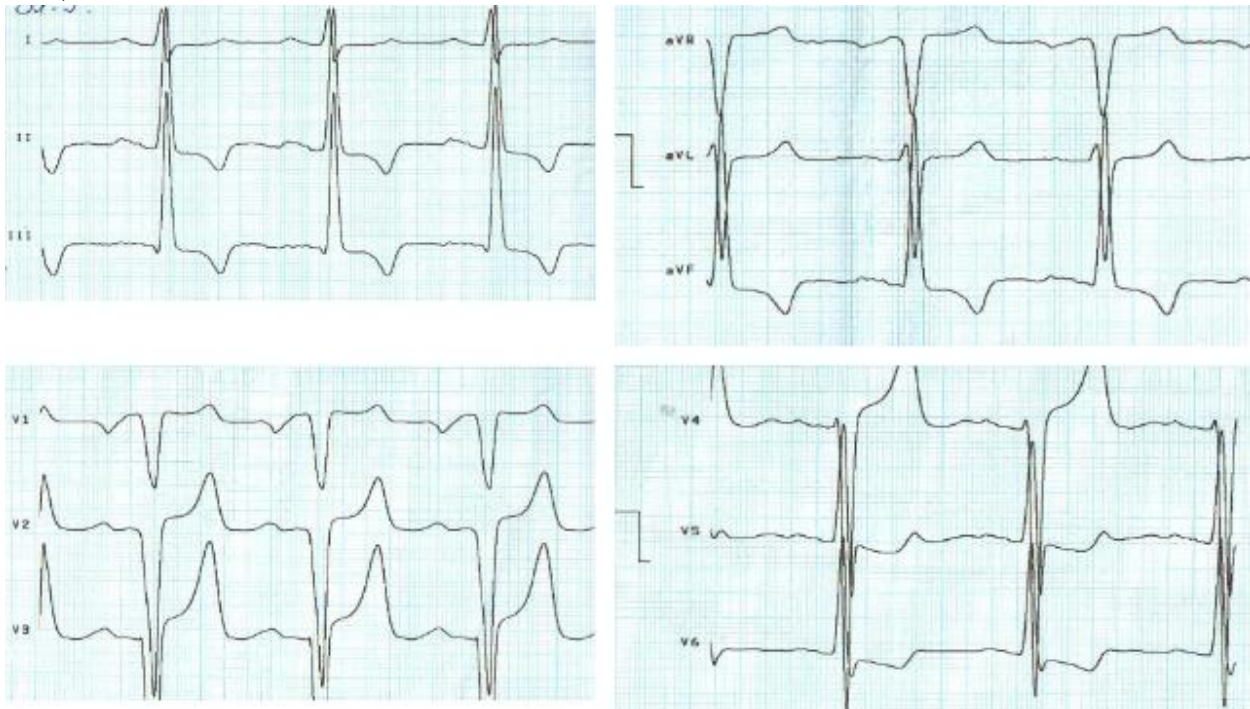
Хлопчик Б., 4 роки, поступив зі скаргами батьків на млявість та швидко втомлюваність дитини при прогулянках та іграх, зниження апетиту, блідість шкіри, періодичні болі в грудній клітці, появу задишки та періорального ціанозу при незначних фізичних навантаженнях, епізодів короткочасного підвищення температури тіла до субфебрильних значень, періодичного болю в епігастральній ділянці та навколо пупка, що швидко минає, набряків на нижніх кінцівках. Шкірні покриви бліді, періодично періоральний ціаноз. Симптом “білої плями”-4с. Над легеньми аускультативно – невелика кількість симетричних вологих дрібноміхурцевих хрипів у базальних відділах легенів. Перкуторні межі відносної серцевої тупості: права межа – 1.5 см назовні від I.sternalis dextra, ліва межа – на 2 см назовні від I.medioclavicularis sinistra, верхня межа - II міжребер’я. Аускультация серця: ослаблення та приглушеність тонів серця, тричленний , в ділянці верхівки серця - систолічний шум з іррадіацією в ліву пахвову ділянку, неінтенсивний систолічний шум біля основи груднини. АТ – 108/66 мм.рт.ст. Живіт м’який, доступний пальпації у всіх відділах, чутливий в епігастральній та навколупупкової ділянці. Печінка – виступає на 2 см з-під краю реберної дуги.

З анамнезу захворювання відомо,що місяць тому у дитини відзначалися ознаки респіраторної інфекції (підвищення температури тіла до субфебрильних та фебрильних цифр протягом 3 днів, катаральні прояви). Дитина отримувала сольові розчини назально, антипіретики, місцеву протизапальну терапію. Стан дитини покращився на 4 добу, але через тиждень з’явилися і почали прогресувати вищевказані клінічні прояви, через що дитину було госпіталізовано.

Загальний аналіз крові: Нв - 116 г / л , Ер - $4,0 \times 10^{12}$ / л , Л - 7×10^9 / л , б - 0 % , п - 2 % , с - 33 % , е - 1 % , л - 63 % , м - 1 % , ШОЕ - 20 мм / год. Загальний аналіз сечі: питома вага - 1015, білок - відсутній, лейкоцити -1-2 в п / з , еритроцити - відсутні. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 65 г/л, АсАТ- 45 Од/л, ЛДГ - 0.720 Од/л (ЛДГ-1 / ЛДГ - 2=2), КФК-МВ – 8.5 нг/мл, тропонін I – 22 пг/мл, тропонін Т - 0.06 нг/мл, прокальцитонін-0.3 нг/мл , креатинін - 50 мкмоль/л, сечовина - 6.5 ммоль/л СРП – 9 мг/л, АСЛ-О – 130 Од/мл.

Ехо-КГ Збільшення розмірів шлуночків серця (переважно лівого), дифузна гіпокінезія їхніх стінок, ФВ-45%.

ЕКГ;



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз

5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 22

До сімейного лікаря звернулись мама з дівчинкою 10 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,5-38 °С, млявість, швидку втомлюваність, задишку при фізичному навантаженні, періодичні болі в суглобах (колінних, плечових та ліктювих), появу висипань на шкірі тулуба. Вказані симптоми турбують впродовж останніх 3-х тижнів.

За 2 тижні до появи симптомів, зі слів матері, у дівчинки кілька днів була гарячка 39-40 °С та боліло горло. До лікаря не звертались, лікувались самостійно (застосовували спрей «Тантум верде» та сироп Нурофен).

Об'єктивно: стан середньої важкості. На шкірі передньої поверхні грудної клітки виявлено дифузні блідо-рожеві еритематозні висипання діаметром від кількох міліметрів до 5-10 см, з тонким кільцеподібним контуром, які бліднуть при натисканні, не підвищуються над рівнем шкіри

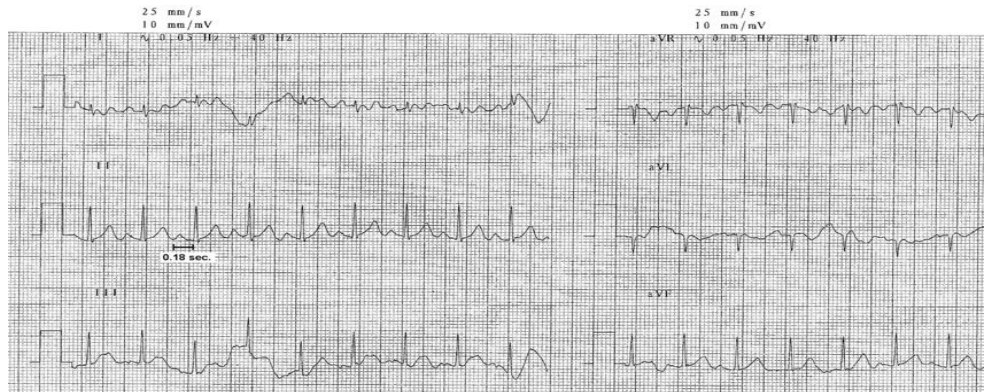


Правий колінний суглоб припухлий, гарячий на дотик, рухомий, болючий, ліктюві суглоби – болючі, візуально не змінені. Аускультативно: в легенях- везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, на верхівці вислуховується голосистолічний шум, який проводиться в ліву аксілярну ділянку. ЧСС- 90 уд./хв. Живіт м'який, неболючий, печінка не виступає з-під реберної дуги.

Дитині проведено додаткові обстеження:

В загальному аналізі крові: Нв- 124 г/л , Ер- 4,2 x10¹²/л , Л- 10 x10⁹/л , п- 2% , с - 46% , е -2 % , л -48%, мон - 2% , ШОЕ - 35 мм / год. **Загальний аналіз сечі:** питома вага - 1018, білок - відсутній, лейкоцити - 2-3 в п /з , еритроцити - відсутні. **Біохімічний аналіз крові:** загальний білок- 70 г/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, СРБ – 52 мг/л, титр АСЛ-О – 620 МО/мл.

ЕКГ:



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 23

Дівчинка (4 роки) вдруге протягом місяця звертається до педіатра зі скаргами на підвищення температури тіла (38,2-39,4оС) та набряк лівого коліна. Мати відзначає, що дитина протягом останніх 6 міс. часто та тривало гарячкує. Іноді дівчинка кульгає вранці, але через деякий час це зникає. Мама заперечує будь-які травми. В родині захворювань зі схожою симптоматикою не спостерігається. Також мама помітила, що дитина схудла за останні кілька тижнів (втратила близько 3 кг).

Об'єктивно – температура тіла – 38,7оС. Шкіра – бліда. Макулярний висип – переважно на кінцівках і тулубі. Безболісні рухливі підключичні, пахвові та епітрохлеарні лімфатичні вузли. ЧСС – 138'. Тони серця ослаблені, тахікардія, нижній систолічний шум на верхівці серця. Легені – везикулярне дихання. ЧД – 36'. При пальпації ОЧП – печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, селезінка – на 2 см.

Припухлість лівого колінного суглоба зі зменшенням об'єму рухів у ньому.

Заг.ан.крові: Hb – 94 г/л, Le – 21 Г/л, Eг – 3,0 Т/л, Тр – 520 Г/л, MCV – 68 фл, MCH – 21 пг, MCHC - 300 г/л; еоз – 1%, баз – 0%, пал – 1%, сегменти – 68%, лімф – 22%, мон – 8%, ШОЕ – 48 мм/год.

CRP – 55 мг/л.

Рентгенографія лівого колінного суглоба – остеопороз зі збільшенням дистального епіфіза стегнової кістки.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 23

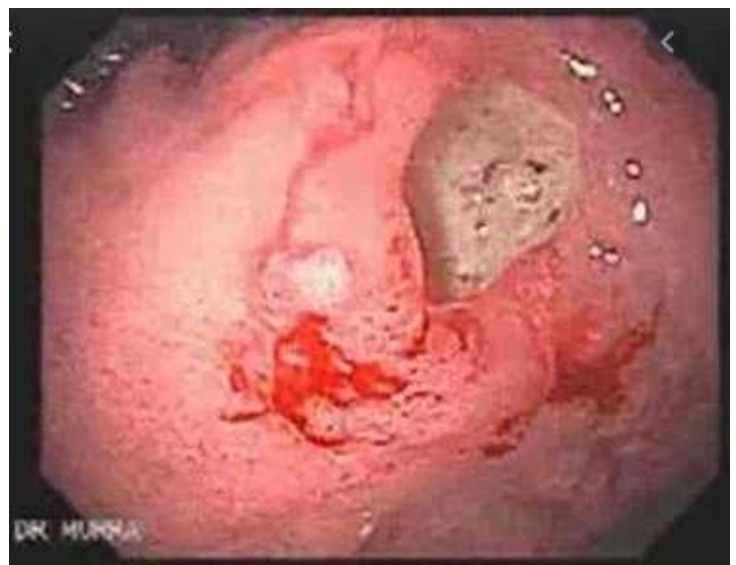
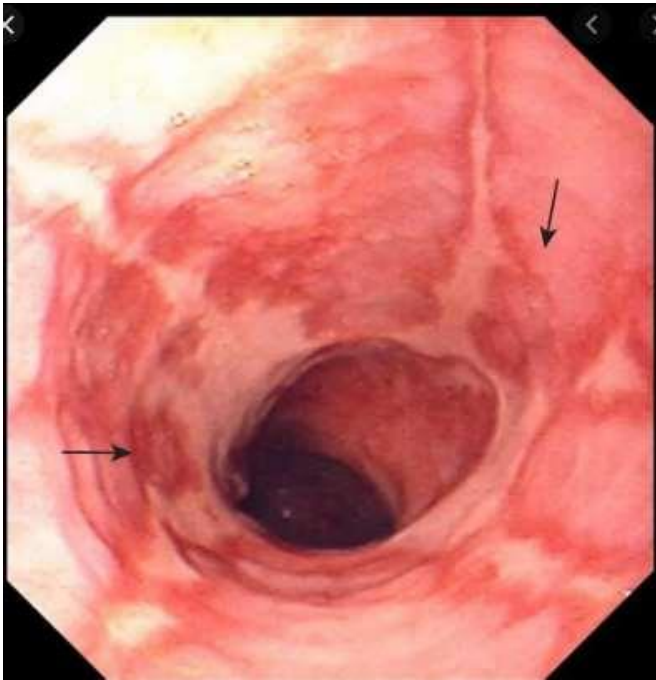
Дівчинка 17 років, вага 65 кг, зріст 175 см, звернулася до лікаря зі скаргою на біль у животі та неспокійний сон протягом декількох тижнів. Біль періодично з'являється в верхній частині живота, особливо після їжі або вночі, з супутнім відчуттям голоду та важкості в животі.

Біль (частіше ниюча) за мечоподібним відростком і в епігастральній ділянці через 0,5-1,5 години після прийому їжі. Періодично турбує інтенсивна печія, відрижка, нудота, зниження апетиту аж до відмови від їжі.

Батьки зазначають, що дівчинка часто скаржиться на шлункові болі та розлади шлунково-кишкового тракту, і епізоди мають рецидивуючий перебіг. Вони пов'язують скарги із аліментарними порушеннями (чіпси, сухарики, гострі страви), а також із перенесеною інфекцією *Helicobacter pylori*, що була виявлена 3 року тому, коли дитина лікувалась в стаціонарі з діагнозом Хронічний гастродуоденіт. Після лікування стан дитини покращився, але 6 місяців тому знову з'явилися болі в животі. У мами дитини 2 роки тому встановлено виразкову хворобу шлунка. За 2 дні до поступлення спостерігали чорний стілець. Застосування антацидних препаратів не дало помітного поліпшення симптомів.

Об'єктивне дослідження – локальна болючість при пальпації в епігастрії з ірадіацією в пілородуоденальну зону, помірна напруга черевної стінки в епігастрії, дитина емоційно лабільна.

Для підтвердження діагнозу та виключення інших захворювань шлунково-кишкового тракту було проведено ЕФГДС.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 24

Хлопчик 12 років. Скарги на загальну слабкість, субфебрильну температуру, абдомінальний біль слабкої інтенсивності, більше в нижній частині живота, рідкі випорожнення. Хворіє протягом двох років, коли з'явилися періодичні болі в животі, що супроводжувалися діареєю, здуття живота на фоні зниженого апетиту. У випорожненнях двічі батьки спостерігали присутність незначної кількості крові. В анамнезі у дитини відмічались випадки афтозного стоматиту. Протягом останніх 3 років дитину періодично турбував анальний свербіж, у зв'язку з чим тричі дитині проводили діагностичний зішкріб із перианальних складок на ентеробіоз – результат негативний. Двічі лікувався з приводу періанальної тріщини.

Об'єктивно. Апетит знижений, помірна спрага. Температура 37,30С. Дефіцит маси тіла – 5%, ріст дитини – в межах 1-2 центиля. При огляді дитина млява, в свідомості, адекватна оточенню.

Шкіра сухувата, тріщинка в куті рота, клінічних ознак зневоднення немає. Слизові оболонки ротової порожнини чисті, язик вкритий білуватим нальотом. Периферійні лімфовузли не збільшені. В легенях везикулярне дихання. Тони серця чисті, ритмічні. Частота дихання та серцебиття в нормі.

Живіт при огляді трохи здутий, при поверхневій пальпації не болючий, при глибокій пальпації помірний біль по ходу висхідної та ободової частини товстого кишечника, симптомів подразнення очеревини нема. Випорожнення 3-5 разів на добу (як вдень так і вночі), кашкоподібні, з домішками слизу, кров у випорожненнях не візуалізується. Заг.ан.крові: Hb – 90 г/л, Le – 9 Г/л, Eг – 3,0 Т/л, Тр – 420 Г/л, еоз – 5%, баз – 0%, пал – 5%, сегменти – 60%, лімф – 23%, мон – 7%, ШОЕ – 36 мм/год. Гематокрит – 32;

Біохімічний аналіз крові: концентрація СРП – 18 мг/л, загальний білок – 42 г/л, альбумін – 30 г/л, калій – 3,2 ммоль/л, ціанкобаламін (вітамін В12) - 180 пг/мл, феритин - 10,3 нг/мл, 25-гідроксिवітамін D, 25-(ОН)D – 18 нг/мл;

Копрологічне дослідження: слиз у значній кількості, лейкоцити 8-10, поодинокі еритроцити, йодофільна флора у великій кількості, внутрішньоклітинний крохмаль, неперетравлена клітковина, концентрація фекального кальпротектину - 280 мг/кг.

Рентгенологічне дослідження товстої кишки методом одномоментного подвійного контрастування: сегментарні зміни слизової оболонки у вигляді потовщення складок і зміни їх взаєморозташування, наявний симптом бруківки, зменшення вираженості гаустрації.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 25

Мати з хлопчиком 4 років звернулася до лікаря-нефролога поліклініки зі скаргами на підвищення температури тіла, періодичні болі в животі у дитини. При аналізі амбулаторної картки виявлено, що протягом року у дитини відзначалися підйоми температури тіла до фебрильних цифр без явних катаральних явищ з боку верхніх дихальних шляхів і ЛОР-органів. При огляді: стан середньої тяжкості. Температура тіла - 37,3 ° С, ЧСС - 110 ударів на хвилину, АТ - 100/60 мм рт.ст. Шкірні покриви та видимі слизові чисті, рожеві, вологі. Носове дихання вільне. Аускультативно дихання в легенях везикулярне. Тони серця звучні, ритмічні. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького по поперекової області позитивний зправа. Сечовипускання - 4-5 разів на добу по 150-200 мл, вільний, періодично відзначається занепокоєння при сечовипусканні. Стілець оформлений, зі схильністю до закріпів (1 раз в 1-3 дня). ЗАК: Ер - 3,4 × 10¹² / л, Нв - 120 г / л, L - 15,2 × 10⁹ / л, е - 2%, с/я - 66%, лімф - 29%, м - 3 %, ШОЕ - 30 мм / год; ЗАС: білок - 0,3 г / л, L - 170-180 в полі зору, Ер - 3-5 в полі зору, реакція лужна; за даними діагностичної тест-смужки - бактеріурія ++.

УЗД нирок: виявлено ущільнення стінок ЧМС, піелоектазія зправа (9 мм на наповнений сечовий міхур, 14 мм - після мікції).

Мікційна цистографія:



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії

Клінічне завдання 26

Хлопчик 10 років, потрапив до відділення зі скаргами на в'ялість, зменшення діурезу, червоний колір сечі.

Дитина від I вагітності, яка перебігала з гіпертензією та набряковим синдромом у третьому триместрі. Пологи в термін. Маса при народженні 3000 г, довжина – 49 см. На природному вигодовуванні до 3-х місяців. Алергії не відмічалось. Щеплення за віком. 1-2 рази на рік хворіє на ГРВІ, має хронічний тонзиліт.

Два тижні тому переніс загострення тонзиліту, але школу відвідував. Захворювання почалось з ознобу, підвищення температури тіла до 39,80 С, болю голови, зміни кольору сечі у вигляді «м'ясних помиїв». Дитина була госпіталізована.

При огляді: шкіра бліда, мармурова. Пастозність повік та гомілок. В легенях хрипів немає. Тони серця дещо приглушені. АТ 135/95 мм рт. ст. ЧСС – 100/хв.. Живіт м'який. Печінка +2 см. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. За добу виділив 300 мл сечі.

Загальний аналіз крові: Нв – 130г/л, К.П. – 0,83, лейкоцити – 11,2Г/л, п – 7%, с – 71%, е – 1%, л – 18%, м – 3%, ШОЕ – 25мм/ год.

Загальний аналіз сечі: білок – 0,99 г/л, еритроцити – 1-2 в п/з, лейкоцити – 1-2 в п/з, циліндри зернисті – 1-2 в п/з. Посів сечі на стерильність: росту немає.



У наступні 10 хвилин Вам потрібно поставити попередній діагноз, визначити необхідні обстеження та стартову терапію.

№ з/п	Елементи виконання завдання
1.	Студент: привітався та познайомився з екзаменатором
2.	Встановив попередній діагноз
3.	Озвучив ускладнення, супутні захворювання
4.	Провів диференціальний діагноз
5.	Призначив необхідні лабораторні обстеження для підтвердження діагнозу/ проаналізував результати отриманих показників
6.	Призначив додаткові методи обстеження/ проаналізував результати отриманих обстежень
7.	Призначив консультації вузьких спеціалістів
8.	Визначив основні принципи лікування
9.	Провів підбір основних препаратів, їх дози (разова, добова), шляхи введення, кратність та тривалість терапії