

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

МОУ ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ
декан факультета



Педиатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Педиатрии**

Учебный план ka140108_23_3км_педз.plx
Научная специальность 14.01.08 Педиатрия

Форма обучения **заочная**

Общая трудоемкость **4 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 144
в том числе:
аудиторные занятия 20
самостоятельная работа 88
35,7

Виды контроля в семестрах:
реферат 5
экзамен 5

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	5 (3.1)		Итого	
	18			
Неделя	18			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	10	10	10	10
Практические	10	10	10	10
Контактная работа в период экзаменационной сессии	0,3	0,3	0,3	0,3
В том числе в форме практ.подготовки	2	2	2	2
Итого ауд.	20	20	20	20
Контактная работа	20,3	20,3	20,3	20,3
Сам. работа	88	88	88	88
Часы на контроль	35,7	35,7	35,7	35,7
Итого	144	144	144	144

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Шайдерова И.Г.; к.м.н., доцент, Исаева Б.Э.



Рецензент(ы):

Д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.



Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

составлена на основании учебного плана:

Научная специальность 14.01.08 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 30.06.2025 протокол № 13

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от 14.11.2025 г. № 4

Срок действия программы: 2023-2028 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Шайдерова И.Г.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2026 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2026-2027 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2026 г. № ____
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2027 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2027-2028 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2027 г. № ____
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2028 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2028-2029 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2028 г. № ____
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2029 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2029-2030 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2029 г. № ____
Зав. кафедрой

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Цель освоения дисциплины - подготовка квалифицированного врача-исследователя, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Педиатрия».
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Педагогика и психология высшей школы
2.1.2	Иностранный язык
2.1.3	История и философия науки
2.1.4	История медицины
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Научно-исследовательская деятельность
2.2.2	Педиатрия
2.2.3	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.4	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации)
2.2.5	Представление научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации)

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-1: способность формулировать цели и задачи научного исследования в области педиатрии

Знать:	
Уровень 1	Причины и факторы риска развития актуальных патологических состояний и заболеваний в детском возрасте, вопросы их профилактики
Уровень 2	Методы оценки функционального состояния организма ребенка, ранней диагностики патологических процессов с целью обеспечения гармоничного развития детей и подростков
Уровень 3	Основные проблемы болезней детского возраста, их лечение и принципы профилактики актуальных патологических процессов и заболеваний у детей и подростков
Уметь:	
Уровень 1	Выявлять причины, условия возникновения и развития патологических состояний у детей и подростков
Уровень 2	Проводить раннюю диагностику патологических состояний у детей и подростков
Уровень 3	Назначить современные лечебно-профилактические мероприятия при основных болезнях детского возраста
Владеть:	
Уровень 1	Навыками клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования
Уровень 2	Навыками позволяющими оценивать тяжесть патологических состояний в организме больного ребенка.
Уровень 3	Навыками ведения, лечения и реабилитации основных нозологических форм у детей

ПК-2: способность и готовность к проведению научного исследования в области педиатрии

Знать:	
Уровень 1	Современные концепции и проблемы в области педиатрии
Уровень 2	Современные теоретические достижения отечественной и зарубежной науки и практики в области педиатрии;
Уровень 3	Современные методические и практические достижения отечественной и зарубежной науки и практики в области педиатрии;
Уметь:	
Уровень 1	Аргументировать теоретические положения планируемого научного исследования в области педиатрии
Уровень 2	Использовать методику научных исследований; современные методы обработки и интерпретации данных с применением компьютерных технологий
Уровень 3	Предлагать возможные подходы к решению современных проблем в педиатрии
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора, обработки информации по проблемам детских болезней и по теме исследования
Уровень 2	Навыками анализа и систематизации информации по проблемам детских болезней и по теме исследования
Уровень 3	Методами и технологиями научных исследований, межличностной коммуникации, навыками публичной речи

ПК-3: готовность участвовать в реализации проектов в области педагогической деятельности по педиатрии	
Знать:	
Уровень 1	Образовательные программы высшего образования с использованием современных достижений педагогических технологий и информационно-коммуникационных средств
Уровень 2	Основные формы, методы организации учебного процесса по образовательным программам высшего образования
Уровень 3	Методы реализации образовательных программ высшего образования в педиатрии с использованием современных педагогических технологий
Уметь:	
Уровень 1	Использовать образовательные программы профильной подготовки на уровне высшего образования с использованием современных педагогических технологий и информационно-коммуникационных средств
Уровень 2	Использовать основные формы, методы организации учебного процесса по образовательным программам высшего образования в педиатрии
Уровень 3	Использовать методы реализации образовательных программ профильной подготовки на уровне высшего образования с использованием современных педагогических технологий и информационно-коммуникационных средств
Владеть:	
Уровень 1	Методологией планирования и разработки учебного процесса по образовательным программам высшего образования в области педиатрии
Уровень 2	Навыками реализации образовательных программ профильной подготовки на уровне высшего образования с использованием современных педагогических технологий и информационно-коммуникационных средств
Уровень 3	Навыками организации и проведения занятий с использованием новых методологических технологий обучения; принять непосредственное участие в учебном процессе, выполняя стажером педагогическую нагрузку, предусмотренную индивидуальным заданием.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	•Основы законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	•Принципы организации медицинской помощи детям и санитарной статистики детского населения.
3.1.3	•Физиологию и патофизиологию растущего организма.
3.1.4	•Методы диагностики, терапии и профилактики болезней детского возраста
3.1.5	• Принципы реанимации и интенсивной терапии в педиатрии. Организацию службы реанимации и интенсивной терапии.
3.1.6	•Первичную, вторичную и третичную профилактику заболеваний. Реабилитацию, диспансеризацию детей.
3.1.7	•Современные теоретические и практические достижения отечественной и зарубежной науки и практики в области педиатрии;
3.1.8	•Методы реализации образовательных программ высшего образования в педиатрии с использованием современных педагогических технологий
3.2	Уметь:
3.2.1	•собрать анамнез заболевания и жизни, выявлять причины, условия возникновения и развития патологических состояний у детей и подростков
3.2.2	•провести полное клиническое обследование ребенка, оценить тяжесть состояния больного, провести дифференциальную диагностику заболеваний;
3.2.3	•проводить раннюю диагностику патологических состояний у детей и подростков;
3.2.4	•назначить современные лечебно-профилактические мероприятия при основных болезнях детского возраста
3.2.5	•уметь проводить диспансеризацию, санитарно-просветительную работу;
3.2.6	•оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе;
3.2.7	•использовать результаты научных исследований в решении современных проблем в педиатрии
3.3	Владеть:
3.3.1	•принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.2	•навыками проведения осмотра больного, в т.ч. требующие неотложной помощи или интенсивной терапии;
3.3.3	•навыками постановки предварительного диагноза, основного и сопутствующего заболевания, их осложнений, правильной формулировки клинического диагноза;
3.3.4	•методикой оценки тяжести состояния больного, оценки состояний, угрожаемых жизни ребенка;

3.3.5	•навыками оказания неотложной и реанимационной помощи;
3.3.6	•проведения экспертной оценки историй болезней;
3.3.7	•навыками анализа и систематизации информации по проблемам детских болезней и по теме исследования
3.3.8	•навыками ведения практических и лабораторных занятий со студентами на кафедре;
3.3.9	•составления аналитического отчета о своей педагогической и лечебной работе.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Охрана здоровья детей и подростков						
1.1	Основные направления современной политики государства в области охраны здоровья матери, ребенка и семьи. Общие вопросы организации педиатрической службы, работы стационаров, поликлиник, основы семейной медицины, организация работы скорой и неотложной медицинской помощи детям в Республике. Основные задачи педиатрической службы /Лек/	5	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
1.2	Санитарная статистика детского населения. Основные показатели, характеризующие рождаемость населения. Факторы, влияющие на общий показатель рождаемости. Общий показатель смертности населения. Естественный прирост населения. Детская смертность. Младенческая смертность. Перинатальная смертность. Ранняя неонатальная смертность. Основные причины детской смертности. Факторы, влияющие на детскую смертность. Наследственные и врожденные факторы риска детской смертности /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
1.3	Общие вопросы вакцинопрофилактики. Календарь прививок. Вакцинопрофилактика - достижения и перспективы развития. Организация прививочной работы. Нормативные документы Иммунологические основы вакцинации. Вакцинные препараты. Характеристика и состав вакцин. Новые технологии получения вакцин. Методы проведения профилактических прививок. Национальный календарь профилактических прививок. Побочное действие вакцин. /Лек/	5	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	
1.4	Современные аспекты оценки состояния здоровья детей. Диагностика и комплексная оценка состояния здоровья. Критерии оценки состояния здоровья. Возрастные показатели заболеваемости детей, ее структура. Факторы, способствующие заболеваниям детей. Группы риска среди детского населения. Группы здоровья, их характеристика. Показатели эффективности диспансеризации /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	

1.5	Обмен веществ и энергии у детей. Особенности водно-солевого, белкового, жирового, углеводного обмена у детей. Минеральный обмен у детей. Микронутриентная недостаточность. Возрастные особенности водно-солевого обмена у детей. Потребность детей в воде и электролитах. Нормативы содержания основных электролитов (Na ⁺ , K ⁺ , Ca ²⁺) в крови и моче и состояния кислотно-основного равновесия; клиническое значение определения этих показателей /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
1.6	Физическое и нервно-психическое развитие детей. Оценка показателей и определение уровня физического и нервно-психического развития здорового ребенка в различные периоды детства. Процессы акселерации. Особенности пубертатного периода. ВОЗовские индексы физического развития детей. Определение тяжести острого и хронического нарушения питания /Пр/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	
1.7	Принципы рационального питания. Наука о питании в педиатрии. Связь возрастных особенностей физиологии пищеварения у детей и питания. Питание в пренатальный период и его влияние на плод. Питание во время беременности и его значение для роста и развития плода, обеспечения полноценной лактации. Сбалансированность питания по основным пищевым ингредиентам и энергетической ценности в зависимости от физиологических особенностей детского организма в различные возрастные периоды /Лек/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	
1.8	Вскармливание детей первого года жизни. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни (Рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ, ИВБДВ). Характеристика молозива, грудного и коровьего молока. Современное представление о преимуществах естественного вскармливания и раннего прикладывания к груди. 11 принципов естественного вскармливания. Понятие о сбалансированном питании детей грудного и раннего возраста. Питание детей ясельного и дошкольного возрастов. Организация питания школьников /Пр/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	

1.9	Лечебное питание. Общие принципы питания больного ребенка. Этапный подход к диетотерапии. Молочные смеси для недоношенных и маловесных детей. Соевые смеси при непереносимости белка коровьего молока, галактоземии и целиакии. Лечебное питание при синдроме мальабсорбции: безлактозные и смеси – гидрализаты. Лечебное питание при муковисцидозе. Лечебные смеси при фенилкетонурии, функциональных нарушениях ЖКТ у детей 1-го года жизни. Лечебные смеси при хирургической патологии /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4	0	
	Раздел 2. Диагностика, терапия и профилактика основных болезней новорожденных и детей младшего возраста.						
2.1	Физиология доношенного новорожденного. Особенности физиологии и патологии недоношенных новорожденных. Влияние неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов в различные периоды гестации. – гаметопатии, эмбоиопатии, фетопатии. Терминология, характеристика и определение живорожденности, переношенности, доношенности, недоношенности, зрелости и незрелости. Особенности адаптации новорожденного и ее нарушения. Пограничные состояния новорожденных. Особенности физиологии и патологии недоношенных новорожденных . /Лек/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.1 Л2.3	0	
2.2	Внутриутробные инфекции (ВУИ). Этиологические факторы и механизмы развития ВУИ. Факторы высокого риска их возникновения. Диагностические критерии. Клинические проявления отдельных нозологических форм заболевания: врожденные ЦМВ-инфекция, краснуха, герпес-инфекция, токсоплазмоз. Внутриутробный листериоз. Врожденный гепатит. Внутриутробная ВИЧ-инфекция. Принципы терапии. Профилактика /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
2.3	Перинатальное поражение ЦНС. Родовые травмы новорожденных. Перинатальные повреждения ЦНС (гипоксически - ишемического, инфекционного и травматического генеза). Клиника в остром и восстановительном периодах. Основные синдромы восстановительного периода. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	

2.4	<p>Гнойно-воспалительные (локализованные) заболевания новорожденных. Сепсис. Везикулопустулез, пузырчатка, абсцессы, эксфолиативный дерматит, флегмона. Инфекции пупочного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, рациональный выбор антибиотикотерапии. Иммунотерапия. Детоксикационная терапия. Противошоковая терапия. Осложнения. Прогноз /Ср/</p>	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
2.5	<p>Нарушения минерального обмена у детей раннего возраста: рахит, спазмофилия, гипервитаминоз D, остеопатии. Особенности метаболизма витамина D. Рахит: Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные лабораторно – инструментальные методы диагностики (костная денситометрия). Пренатальная и постнатальная профилактика. Тактика лечения. Гипервитаминоз D. Диспансеризация. Реабилитация. Спазмофилия ./Ср/</p>	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	
2.6	<p>Хронические расстройства питания и гиповитаминозы. Белково-энергетическая недостаточность (по ВОЗ). Этиологические факторы, их характеристика. Патогенез. Классификация. Острая и хроническая белково-энергетическая недостаточность. Диагностика. Лечение и профилактика белково-энергетической недостаточности /Пр/</p>	5	2		Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.7	<p>Острые пневмонии и бронхиты. Частота распространения в различные возрастные периоды. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. Обструктивный синдром. Дифференциальный диагноз с бронхитом и бронхиолитом. Патогенетическое лечение пневмоний. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности. Профилактика первичная и вторичная /Пр/</p>	5	2		Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

2.8	Инфекционный (неревматический) миокардит. Кардиомиопатии у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Синдром пролапса митрального клапана. Клиника, диагностика. Инфекционный эндокардит у детей. Этиология, патогенез, клиника и диагностика. Профилактика и лечение инфекционного эндокардита. Показания к хирургическому лечению. Сердечная недостаточность у детей /Ср/	5	3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
2.9	Врожденные пороки сердца. Причины возникновения врожденных пороков сердца. Классификация ВПС. Клинические проявления наиболее распространенных ВПС, показания к хирургическому лечению /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л3.1	0	
2.10	Железодефицитные анемии у детей раннего возраста. Краткие сведения об обмене железа и микроэлементов в организме. Основные причины ЖДА в раннем возрасте. Особенности клинико-гематологических проявлений ЖДА. Принципы лечения и профилактики анемий у детей. Дифференциальный диагноз анемий /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.11	Аномалии конституции. Понятие об аномалии конституции. Значение наследственности и факторов внешней Среды в развитии и выявлении аномалий конституции. Экссудативный лимфатико-гипопластический и нервно-артритический диатезы. Клинические проявления. Врачебная тактика. /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3	0	
2.12	Болезни кишечника: Врожденные и наследственные болезни кишечника, аномалии кишечника; хронические неспецифические энтериты и колиты; муковисцидоз, целиакия, непереносимость дисахаридов у детей. Причины, клиника, диагностика, принципы терапии. /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.3	0	
	Раздел 3. Диагностика, терапия и профилактика основных болезней детей старшего возраста						

3.1	Хронические неспецифические заболевания легких. Причины и факторы, способствующие их развитию. Классификация. Патогенез и патоморфологические изменения в бронхиальной системе при хроническом бронхите и бронхоэктатической болезни легких. Клиника, дифференциальная диагностика. Рентгенологические и бронхологические методы обследования. Фиброзирующий и экзогенный аллергический альвеолит. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Методы рационального выбора антибактериальных препаратов, муколитическая терапия и методы эвакуации мокроты. Кислородотерапия. Показания к оперативному лечению хронических заболеваний органов дыхания /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.3	0	
3.2	Респираторные аллергозы. Особенности формирования аллергических реакций и заболеваний у детей. Методы аллергологической диагностики. Астматический бронхит. Аллергический ринит. Поллинозы. Бронхиальная астма. Этиология и формы бронхиальной астмы. Патогенез приступа удушья. Особенности патогенеза и клиники у детей раннего возраста. Клиническая картина приступного периода бронхиальной астмы. Диагностика и диф. диагностика бронхиальной астмы. Меры неотложной терапии при приступе, лечение во внеприступном периоде. Прогноз. Профилактика /Ср/	5	3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.3	Ревматическая лихорадка (РЛ) у детей. Этиопатогенез острой и повторной РЛ. Особенности патоморфологии. Классификация. Критерии диагностики. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с врожденными пороками сердца, неревматическим миокардитом и функциональными расстройствами сердечной деятельности. Этапное лечение. Первичная, вторичная и текущая профилактике РЛ. Приобретенные пороки сердца у детей. Этиология, гемодинамика, классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению /Ср/	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	

3.4	<p>Диффузные заболевания соединительной ткани.</p> <p>Современные концепции этиологии и патогенеза.</p> <p>Морфологические и клинические общие черты ДБСТ и их отличие друг от друга. Клиническая картина и особенности течения системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита у детей.</p> <p>Принципы лечения отдельных нозологических единиц. Прогноз.</p> <p>Первичная и вторичная профилактика.</p> <p>Ювенильный ревматоидный артрит.</p> <p>Варианты клинического течения.</p> <p>Принципы лечения и профилактики.</p> <p>Прогноз</p> <p>/Ср/</p>	5	3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.5	<p>Патология гемостаза. Геморрагические диатезы.</p> <p>Классификация.</p> <p>Тромбоцитопатии (тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопатии, тромбастении).</p> <p>Диагностические критерии. Принципы терапии. Коагулопатии (гемофилии, псевдогемофилии, ангиогемофилии).</p> <p>Диагностические критерии. Принципы терапии. Вазопатии (геморрагический васкулит, болезнь Рандю-Ослера).</p> <p>Диагностические критерии.</p> <p>Особенности терапии. ДВС-синдром. /Ср/</p>	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.6	<p>Болезни желудка и 12-ти перстной кишки: Функциональные расстройства желудка; гастриты и гастродуодениты.</p> <p>Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Распространенность, место в структуре гастроэнтерологических заболеваний у детей. Этиология – роль наследственности и инфицированности хеликобактером. Классификация.</p> <p>Клиническая картина язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.</p> <p>Осложнения язвенной болезни.</p> <p>Лечение детей: режим, диета, эрадикационная терапия.</p> <p>Диспансеризация и реабилитация. /Ср/</p>	5	2	ПК-2 ПК-1 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.7	<p>Болезни печени и желчных путей:</p> <p>Хронический вирусный гепатит, современные методы диагностики, классификация и лечение; дискинезии желчных путей, диагностика и лечение; хронический холецистит, диагностика и лечение. /Ср/</p>	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	

3.8	<p>Микробно-воспалительные заболевания почек. Определение понятий «инфекция мочевой системы» и «инфекция мочевыводящих путей». Этиология на современном этапе. Диагностика. Показания для микционной цистоуретрографии. Клинико-лабораторные и инструментальные данные при остром и хроническом цистите. Принципы терапии.</p> <p>Острый и хронический пиелонефрит. Этиология и патогенез. Особенности течения первичного и вторичного острого и хронического пиелонефрита у детей раннего и старшего возраста. Лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Принципы лечения. Профилактика</p> <p>/Ср/</p>	5	3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.9	<p>Гломерулонефрит (ГН). Удельный вес гломерулонефрита в патологии детского возраста. Этиология. Предрасполагающие факторы. Классификация. Первичные и вторичные гломерулонефриты. Острый гломерулонефрит (ОГН). Патогенез ОГН. Генез основных симптомов и синдромов ОГН. Клинико-лабораторные критерии острого гломерулонефрита. Лечение. Диета. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Симптоматические средства. Хронический гломерулонефрит. Классификация. Особенности терапии в зависимости от формы хронического гломерулонефрита. Диспансеризация. Прогноз</p> <p>/Ср/</p>	5	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.10	<p>Наследственные и врожденные заболевания почек и органов мочевой системы (ОМС). Наследственный нефрит. Синдром Альпорта. Семейный амилоидоз почек. Пороки развития почек и ОМС.</p> <p>Наследственные тубулопатии. Стандарты диагностики и лечения. Современные возможности фермент-замещающей терапии. Прогноз</p> <p>/Ср/</p>	5	3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.3	0	
3.11	<p>Сахарный диабет. Распространенность</p> <p>Этиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиническая картина СД типа I. СД типа MODY: Митохондриальный СД.</p> <p>Диагностические критерии. Методы исследования. Дифференциальная диагностика Лечение. Течение и прогноз. Острые осложнения. Диабетический кетоацидоз, диабетическая (кетоацидотическая) кома. Гиперосмолярная кома. Лактацидотическая (молочнокислая) кома. Гипогликемическая кома /Ср/</p>	5	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	

3.12	Заболевания щитовидной железы. Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы исследования. Лечение. Прогноз. Тиреоидит. Тиреоидит подострый. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы исследования. Диф. диагностика. Лечение. Тиреоидит хронический аутоиммунный. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Методы исследования. Диф. диагностика. Лечение. Прогноз. Эндемический зоб. Клинические проявления йододефицитных состояний в различные периоды жизни. Методы профилактики йоддефицита. Гипотиреоз (врожденный, транзиторный). Этиопатогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Критерии адекватности лечения. /Ср/	5	3,3	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3	0	
3.13	/КрЭж/	5	0,3			0	
3.14	/Экзамен/	5	35,4	ПК-1 ПК-2 ПК-3		0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные вопросы и задания

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «ЗНАТЬ»

Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1

Примерный перечень теоретических вопросов:

1. Основные принципы организации здравоохранения в России и КР. Научные основы организации лечебно-профилактической помощи детям и подросткам.
2. Методы изучения заболеваемости детей. Индекс здоровья. Возрастные показатели заболеваемости детей, её структура. Факторы, способствующие заболеваниям детей. Группы риска среди детского населения.
3. Понятие о перинатальной, неонатальной, младенческой смертности. Пути их снижения. Роль педиатра в антенатальной охране плода.
4. Оценка показателей и определение уровня физического и нервно-психического развития здорового ребенка в различные периоды детства. Особенности развития ребенка в течение первого года жизни.
5. Иммунопрофилактика детских инфекций: календарь прививок, основные вакцинные препараты, организация прививок, основные вакцинальные осложнения.
6. Вскармливание детей первого года жизни. Принципы естественного, смешанного и искусственного вскармливания. Характеристика молозива, грудного и коровьего молока. Преимущества естественного вскармливания и раннего прикладывания к груди.
7. Понятие о сбалансированном питании детей. Питание детей ясельного и дошкольного возрастов. Организация питания школьников. Принципы лечебно-профилактического питания детей раннего и старшего возраста из групп высокого риска по развитию атопии, ожирения, метаболических расстройств.
8. Принципы организации отделений патологии новорожденных. Этапное обслуживание новорожденных детей. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Пограничные (переходные) состояния.
9. Врожденные аномалии развития, эмбрио- и фетопатии. Врожденные инфекции: цитомегалия, герпес, листериоз, хламидиоз, микоплазмоз, краснуха, токсоплазмоз, сифилис, врожденный гепатит..
10. Перинатальные повреждения ЦНС. Клиника в остром и восстановительном периодах. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
11. Инфекционно-воспалительные заболевания (локализованные) новорожденных. Сепсис. Этиология. Патогенез, механизмы развития инфекционно-токсического шока. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Прогноз.
12. Понятие о «конституции». Аномалии конституции. Лимфатико-гипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Экссудативно-катаральный диатез. Фенотипические признаки. Прогноз.
13. Хронические расстройства питания: гипотрофия, паратрофия, гипо- и гипервитаминозы.
14. Нарушения минерального обмена у детей раннего возраста: рахит, спазмофилия, гипервитаминоз D. Этиопатогенез, клиника и диагностика. Стандарты терапии.
15. Атопический дерматит у детей грудного и раннего возраста. Алгоритм назначения средств наружной терапии.
16. Пневмонии у детей раннего возраста. Этиология. Клинико-морфологические формы. Лечение. Профилактика.
17. Острая пневмония у детей старшего возраста. Клинико-морфологические формы. Лечение. Профилактика.
18. Обструктивный бронхит. Бронхиолиты у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

- 19.Современные методы исследования в пульмонологии. Функциональные методы исследования. Хронический бронхит, клиника, диагностика.
- 20.Респираторные аллергозы. Причинные факторы. Аллергический ринит. Диагностика. Лечение. Профилактика.
- 21.Бронхиальная астма. Механизм развития. Критерии оценки тяжести течения и тяжести приступа. Предупреждение приступов бронхиальной астмы. Ступенчатый подход к терапии.
- 22.Хронические неспецифические заболевания легких. Современная классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии.
- 23.Дыхательная недостаточность. Причины. Классификация, патогенез, клиника. Методы исследования функции внешнего дыхания. Лечение.
- 24.Неревматический кардит. Классификация. Клиника. Критерии диагностики. Лечение. Диспансеризация. Реабилитация. Профилактика.
- 25.Врожденные пороки сердца с гипертонией малого круга кровообращения. Диагностика. Тактика врача-педиатра.
- 26.Врожденные пороки сердца с гиповолемией малого круга кровообращения. Диагностика. Тактика врача-педиатра.
- 27.Полная транспозиция магистральных сосудов. Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Сроки хирургического лечения.
- 28.Пороки с препятствием кровотоку. Коарктация аорты. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Прогноз.
- 29.Сердечная недостаточность. Причины, механизмы адаптации. Клинические проявления декомпенсации. Инструментальное обследование. Осложнения. Дифференциальный диагноз, лечение.
- 30.Ревматическая лихорадка (ОРЛ, ХРБС). Этиология. Современные взгляды на патогенез заболевания. Основные и дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса.
- 31.Классификация РЛ. Основные клинические проявления ОРЛ: кардит, полиартрит, хорея, аннулярная эритема, ревматические узелки. Первичная ревматическая лихорадка. Первичный ревмокардит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.
- 32.Хроническая ревматическая болезнь сердца (Возвратный ревмокардит). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.
- 33.Этапное лечение ОРЛ. Лечение острого периода. Показания к назначению кортикостероидов. Особенности лечения хореи. Санаторное лечение. Первичная и вторичная профилактика РЛ.
- 34.Приобретенные пороки сердца: недостаточность и стеноз митрального клапана, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Гемодинамические нарушения. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз
- 35.Ювенильный ревматоидный артрит. Этиопатогенез. Основные клинические формы. Особенности течения ЮРА у подростков. Диагностические критерии, дифференциальный диагноз. Терапия.
- 36.Диффузные заболевания соединительной ткани. Характерные клинические признаки системной красной волчанки, системной склеродермии и дерматомиозита.
- 37.Железодефицитная анемия у детей. Причины развития железодефицитного состояния. Клиническая картина. Лабораторные показатели железодефицитных анемий.
- 38.Геморрагические и тромботические заболевания (гемофилия, болезнь Верльгофа, болезнь Шенлейн-Геноха). Этиология. Клиника. Лечение.
- 39.Гемолитические анемии. Наследственные гемолитические анемии. Приобретенные гемолитические анемии. Определение. Классификация.
- 40.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиопатогенез, клиничко-лабораторная характеристика и принципы лечения Диспансерное наблюдение.
- 41.Хронический гастрит. Хронический гастродуоденит. Соотношение факторов агрессии и защиты в этиологии. Роль пилорического геликобактера. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования желудочной секреции (зондовые, беззондовые методы). Внутрижелудочная рН-метрия. Показания к рентгенологическому исследованию. Фиброгастродуоденоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лечения гастрита геликобактерной этиологии. Профилактика.
- 42.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии язвенной болезни. Диагностика. Методы оценки желудочной секреции. Методы выявления пилорического геликобактера. Лечение язвенной болезни. Осложнения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь при кровотечении и прободении язвы. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.
- 43.Болезни желчных путей. Классификация. Функциональные нарушения желчевыводящих путей (нарушения кинетики и биохимизма желчи). Синдром холестаза; механизмы формирования. Дискинезии желчевыводящих путей. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования (дуоденальное зондирование, холецистография, ретроградная холангиопанкреатография, УЗИ). Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от типа дискинезии. Профилактика.
- 44.Холециститы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дуоденальное зондирование. Показания. Ультразвуковое исследование. Показания. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика.
- 45.Функциональные расстройства кишечника. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. Реабилитация. Профилактика.
- 46.Гломерулонефриты. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические варианты. Классификация. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика. Показания к биопсии почки. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 47.Хронический гломерулонефрит. Патогенез. Классификация. Морфологические критерии, характеризующие хронизацию процесса. Особенности клинической картины в зависимости от форм. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Осложнения. Исходы. Прогноз
- 48.Дифференциальный диагноз инфекций мочевыводительной системы у детей.
- 49.Дисметаболические нефропатии. Определение. Классификация, патогенез, особенности клиники, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы диетотерапии. Лечение, исходы.
- 50.Почечная недостаточность (повреждение почек). Определение. Классификация. Острая почечная недостаточность

(острое повреждение почек). Этиология. Классификация. Стадии. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к гемодиализу. Исходы. Прогноз. 51. Сахарный диабет. Эпидемиология сахарного диабета. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение сахарного диабета. Прогноз. Профилактика. Диспансерное наблюдение 52. Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Классификация (первичный, вторичный, третичный гипотиреоз; врожденный, приобретенный). Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. 53. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ «УМЕТЬ» и «ВЛАДЕТЬ» Примерный перечень ситуационных задач в приложении 2.
5.2. Темы курсовых работ (проектов)
не предусмотрены
5.3. Фонд оценочных средств
УСТНЫЙ (фронтальный) ОПРОС. Перечень вопросов согласно тематике раздела. РЕШЕНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ. Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1 РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ. Перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ 2 ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
5.4. Перечень видов оценочных средств
Устный опрос Решение тестовых заданий Решение ситуационных задач Доклад с презентацией Защита реферата Перечень шкал оценивания по каждому виду оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 3

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Боконбаева	Педиатрия : учебник	Бишкек 2015
Л1.2	Боконбаева С.Дж.	Болезни новорожденных детей: учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л1.3	Мазурин А.В. , Воронцов И.М.	Пропедевтика детских болезней. : Учебник	ООО «Издательство Фолиант» 2010
Л1.4	Шабалов Н.П.	Детские болезни: учебник	СПб, Питер 2009
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	В.Н. Горбунова и соавт.	Клиническая генетика. : Учебник	СПб.: Фолиант 2015
Л2.2	Боконбаева С.Дж и соавт.	Первичная профилактика в практике участкового педиатра.: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2013
Л2.3	Ежова Н.В. и соавт.	Педиатрия: Учебник	Минск: Вышэйшая школа 2014
Л2.4	ВОЗ	Карманный справочник.: Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста	2013
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Алдашева Н.М. и соавт.	Диагностика и тактика ведения новорожденных с врожденными пороками сердца. : Методические рекомендации	КРСУ, Бишкек 2018
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивного типа, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия обычно проводятся на базе Детской клинической больницы скорой медицинской помощи.		

6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном
6.3.1.3	симуляционном центре, также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма, интерпретация данных клинических и лабораторных исследований на основе этиопатогенеза.
6.3.1.4	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование аспирантом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для
6.3.1.5	ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка аспирантом лекций-презентаций.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.3	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы аспирантуры по педиатрии проводится на базе соматических отделений Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), учебная комната № 1, № 2. и Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) учебная комната № 2.
7.2	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами,
7.3	интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами
7.4	Компьютерный класс (корпус Л.Толстого, ауд.4/12) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.
7.5	Учебно-методический кабинет кафедры педиатрии, оборудованный мультимедиапроектором и компьютером в комплекте к нему имеется принтер.
7.6	Наборы рентгенограмм, ЭКГ в норме и патологии, выписки из историй болезни, бланки с результатами лабораторных тестов, информационные стенды, учебные аудио и видеофильмы.
7.7	ГДКБ СМП оснащена специальной инструментальной и лабораторной базой (обзорные рентгенологические исследования, ЭКГ, УЗИ, бронхоскопия, бронхография, цистоскопия, цистография, экскреторная урография, ирригография, и др.).

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль – проверка усвоения учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы регулярно осуществляется на протяжении семестра.
2. Рубежный контроль - проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены (зачёты) обучающийся обязан иметь при себе дневник аспиранта, который он предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, аспирантам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроля. На промежуточном контроле аспирант должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу или ситуационное задание (уметь, владеть).

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы аспирант правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если аспирант правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ АСПИРАНТА

Для успешного освоения дисциплины аспиранту необходимо посещать все контактные занятия и систематически в полном объеме выполнять все задания для самостоятельной работы.

При подготовке к практическим занятиям необходимо тщательно изучить теоретический и методический материал, изложенный в лекции, а также выполнить задания, предложенные для самостоятельной работы в методических рекомендациях к занятиям и ответить на перечень вопросов.

Самостоятельная работа аспирантов предполагает:

- 1) изучение рекомендованной учебной и научной литературы
- 2) подготовку доклада и демонстрацию презентации по одной из предложенных тем
- 3) подготовку и защита рефератов;

4)подготовку литературных обзоров;

Формы контроля за самостоятельной работой аспирантов:

- 1.Проверка конспектов лекций
- 2.Опрос на семинарских занятиях.
- 3.Выступления с докладами и презентациями.
- 3.Индивидуальное собеседование на консультациях.
- 4.Проверка реферата.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде.

Материалы-презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к аспирантам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1.Тема презентации выбирается из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2.Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3.Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами - время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4.Аспирант обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5.Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается в соответствии с интересами аспиранта и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи). План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы аспиранта, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами).

Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Пример решения ситуационной задачи

Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ - редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет.

Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 100 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края ребер. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоурия. На следующий день - анурия.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр- 3,5x10¹²/л, Ретик- 8%, Тромб.- 70,0x10⁹/л, Лейк- 15,7x10⁹/л, п/я -2%, с/я -70%, л -19%, м -9%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 20,0 мл, цвет - темно-коричневый, относительная плотность - 1,008, белок - 0,66%, лейкоциты - 4-6 в п/з, эритроциты - до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, СРБ - ++, общий билирубин - 40 мкмоль/л (прямой - 3,5 мкмоль/л, непрямой - 36,5 мкмоль/л), холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, мочевины -38,6 ммоль/л, креатинин - 673 ммоль/л, калий - 6,19 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, ЧЛС не изменена.

Задание

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Перечислите причины, приводящие к развитию данного состояния и его патогенез.
- 3.Какова причина желтушного синдрома?
- 4.Объясните механизм макрогематурии.
- 5.Объясните механизм почечной недостаточности.
- 6.Чем обусловлены изменения в общем анализе крови?
- 7.Проведите дифференциальный диагноз.
- 8.Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
- 9.Оцените функциональное состояние почек.
- 10.Каковы ваши терапевтические мероприятия?
- 11.Перечислите исходы данного заболевания.

Эталон ответа к задаче.

1.Диагноз. Гемолитико-уремический синдром. ОПН.

2.ОПН. Преренальные причины – гипотензия, тяжелая гипертензия, гиповолемия, окклюзия почечной артерии, гипогликемия, дегидратация, шок, гемолиз, ожоги, эндогенные интоксикации. Почечные – все формы гломерулонефрита, нефротоксические яды (тяжелые металлы, аминогликозиды). Обструкция почечных вен, гемолитико-уремический синдром (ГУС). Постренальные – мочевины, опухоль Вильмса, врожденные аномалии. ГУС– триада микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения, ОПН. Возникает спорадически. Обычно предшествует инфекция, чаще ЖКТ. Повреждаются эндотелий ЦИК и токсинами, что приводит к агрегации и разрушению тромбоцитов. Тромбоцитарные тромбы повреждают эритроциты =>гемолиз. Поражение сосудов – ишемия почек – ОПН. Возбудители - вирус Эпштейн-Бара, энтеровирусы, E.coli, Campilobact; Salmonella, Shigella

3,4,5. Гемолиз =>повышение непрямого билирубина >35мкмоль/л=>желтуха. . Макрогематурия возникает в результате повреждения .сосудов и базальной мембраны клубочков ЦИК. Повреждение паренхимы почек=> ОПН.

6.Общ.ан.кр – анемия+ретикулоцитоз (гемолиз), тромбоцитопения (коагулопатия .потребления), лейкоцитоз, ускоренное СОЭ – воспаление

7.Другие. причины ОПН (ренальные). Приобретенные гемолитическиеанемии, гепатиты, тромбоцитопеническая.пурпура, печеночная .коагулопатия

8.Измерение АД и ЦВД, мочевого катетер, регистрация диуреза, ОАМ, Б/х крови (Na, K, креатин), коагулограмма, бак. обследование кала.

9.Резкое снижение клиренса креатинина и значительное увеличение креатинина, мочевины в плазме свидетельствует о снижении функциональной активности клубочков.

10.Этиотропная - аб-терапия, ПГ-антиагреганты, гепарин, плазма, плазмоферез, ГК. Ограничение потребление белка, восстановление ОЦК. Если сохраняется анурия – маннитол 20% р-р 0,5г/кг вв, если сохраняется олиго-, анурия=>гемодиализ Симптом.лечение: антигипертензив ные препараты, при сердечной недостаточности – ограничение потребления жидкости, диуретики не применять, уменьшить дозы всех лекарственных веществ, выводим.почками.

11.Исходы. Прогноз серьезный 10-50%-летальный исход.

Примеры тестовых заданий для промежуточной аттестации

1. Типичным ранним клиническим симптомом рахита является:
 - 1) опрелость
 - 2) эритематозная сыпь
 - 3) извращения вкуса
 - 4) частый жидкий стул
 - 5) нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы
1. Начальным звеном в патогенезе витамин D-дефицитного рахита является:
 - 1) гиперфункция паращитовидных желез
 - 2) нарушение всасывания Са из кишечника
 - 3) уменьшение реабсорбции фосфора в почечных канальцах
 - 4) ацидоз
 - 5) уменьшение отложения Са и Р в костях
2. Характерные костные изменения для подострого течения рахита:
 - 1) Краниотабес
 - 2) «квадратная» голова
 - 3) искривление нижних конечностей
 - 4) «гаррисонова борозда»
4. В начальном периоде рахита уровень Са в крови
 - 1) резко снижен
 - 2) резко увеличен
 - 3) в норме
 - 4) умеренно снижен
 - 5) умеренно увеличен
5. К профилактическому методу приема витамина D относят:
 - 1) ударный
 - 2) дробный
 - 3) фракционный
 - 4) витаминных толчков
 - 5) уплотненный
6. Для гипервитаминоза D не характерна:
 - 1) гипокальциемия
 - 2) гиперкальциемия
 - 3) гиперфосфатемия
 - 4) нормальная активность щелочной фосфатазы
 - 5) гиперкальциурия
7. Причиной судорог при спазмофилии является:
 - 1) гипофосфатемия
 - 2) гипокальциемия

- 3) снижение активности фосфатазы
 - 4) гиперкальциемия
 - 5) гипокалемия
8. Одним из клинических проявлений явной спазмофилии является:
- 1) рвота
 - 2) лихорадка
 - 3) ларингоспазм
 - 4) диарея
 - 5) гипертония
9. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен выраженный краниотабес. Вы считаете необходимым
- 1) определить Са, Р, щелочную фосфатазу
 - 2) ограничиться наблюдением
 - 3) сделать рентгенографию черепа
 - 4) сразу назначить витамин D до 500 МЕ в сутки
 - 5) назначить препараты кальция
10. Дефицит массы при 1-й степени постнатальной гипотрофии составляет в %:
- 1) 5-8
 - 2) 5-15
 - 3) 10-20
 - 4) 20-30
 - 5) более 30
11. При гипотрофии 2-й степени отмечают:
- 1) снижение уровня пищеварительных ферментов
 - 2) полное исчезновение ПЖК
 - 3) гиперпротеинемию
 - 4) гиперлипидемию
 - 5) гипергликемию
12. ЖДА по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:
- 1) нормохромной
 - 2) гиперхромной
 - 3) гипохромной
 - 4) гипорегенераторной
 - 5) гиперрегенераторной
13. Для ЖДА не характерна:
- 1) нарастающая бледность кожных покровов
 - 2) лимфаденопатия
 - 3) утомляемость, раздражительность
 - 4) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
 - 5) систолический шум на верхушке сердца

14. Клиническими проявлениями железодефицитной анемии легкой степени являются:
- 1) задержка психомоторного развития
 - 2) гепатолиенальный синдром
 - 3) бледность кожи и слизистых
 - 4) дистрофия волос и ногтей
 - 5) безбелковые отеки
15. Систолический шум на верхушке сердца при ЖДА обусловлен:
- 1) недостаточностью митрального клапана
 - 2) недостаточностью трикуспидального клапана
 - 3) стенозом устья аорты
 - 4) уменьшением вязкости крови
 - 5) стенозом легочного ствола
16. Характерные лабораторные изменения при экссудативно-катаральном диатезе:
- 1) нейтрофилез со сдвигом влево
 - 2) гиперпротеинемия
 - 3) увеличение Ig E, снижение Jg A
 - 4) ацидоз
 - 5) гипергликемия
17. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:
- 1) антигистаминные препараты
 - 2) седативные препараты
 - 3) ферменты
 - 4) глюкокортикоиды
 - 5) диетотерапия
18. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:
- 1) нервно-артритическим
 - 2) лимфатико-гипопластическим
 - 3) экссудативно-катаральным
 - 4) геморрагическим
 - 5) атопическим
19. Лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний как:
- 1) синдром ацетонемической рвоты
 - 2) синдром мальабсорбции
 - 3) синдром внезапной смерти
 - 4) подагра
 - 5) мочекаменная болезнь
20. Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически

детерминированной гиперпродукцией:

- 1) IgA
- 2) IgE
- 3) IgM
- 4) IgG

21. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

- 1) нервно-артритическом
- 2) лимфатико-гипопластическом
- 3) экссудативно-катаральном
- 4) геморрагическом
- 5) атопическом

22. Внезапная смерть при лимфатико-гипопластическом диатезе может наступить от:

- 1) нейротоксикоза
- 2) эксикоза
- 3) дыхательной недостаточности
- 4) острой надпочечниковой недостаточности
- 5) почечной недостаточности

23. Этиология пневмонии в первом полугодии жизни, меньшее значение имеет флора:

- 1) стафилококк
- 2) пневмококк
- 3) клебсиелла
- 4) синегнойная палочка
- 5) стрептококк

24. Развитие пиопневмоторакса в первые 2-3 дня от начала заболевания типично для пневмонии:

- 1) пневмококковой
- 2) пневмоцистной
- 3) микоплазменной
- 4) стафилококковой
- 5) грибковой

25. Максимально нарушается диффузия газов при пневмонии:

- 1) очагово-сливной
- 2) сегментарной
- 3) крупозной
- 4) интерстициальной
- 5) деструктивной

26. Для обструктивного бронхита характерна:

- 1) пульсация шейных вен
- 2) брадикардия

- 3) бледность кожных покровов
- 4) экспираторная одышка
- 5) инспираторная одышка

27. При ДН1 отмечается:

- 1) одышка в покое
- 2) участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
- 3) периоральный цианоз
- 4) бледность лица
- 5) отношение пульса к числу дыхания как 3,5:1

28. К возникновению острой пневмонии у детей раннего возраста предрасполагают состояния кроме:

- 1) паратрофия
- 2) гипотрофия
- 3) эксудативный диатез
- 4) рахит
- 5) гемофилия

29. Ранними признаками острых пневмоний являются:

- 1) сухие рассеянные хрипы
- 2) жесткое дыхание
- 3) ослабленная бронхофония
- 4) хриплый голос
- 5) локальные влажные мелкопузырчатые хрипы

30. Гипертермия с ознобом в первые часы заболевания типична для пневмонии:

- 1) стафилококковой
- 2) микоплазменной
- 3) пневмоцистной
- 4) пневмококковой
- 5) грибковой

31. Для острого обструктивного бронхита характерно все кроме:

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) коробочный оттенок перкуторного звука
- 4) сухие свистящие хрипы
- 5) усиление легочного рисунка, повышенная прозрачность на рентгенограмме

32. Локальная физикальная симптоматика (укорочение перкуторного звука, ослабление или бронхиальный оттенок дыхания, локальные хрипы над местом поражения) является достоверным признаком:

- 1) острой пневмонии
- 2) обструктивного бронхита

- 3) ОРВИ
- 4) бронхиолита
- 5) бронхиальной астмы

33. Наименее вероятная причина развития бронхоэктатической болезни у детей:

- 1) первичные врожденные ателектазы легких
- 2) аспирация инородных тел
- 3) ателектазы легких при кори и коклюше
- 4) затяжные пневмонии различной этиологии
- 5) частые заболевания ОРВИ

34. Характерное морфологическое изменение при бронхоэктатической болезни:

- 1) распространенный пневмосклероз
- 2) локальный пневмосклероз
- 3) деформация бронхов без бронхоэктазов
- 4) деформация бронхов с бронхоэктазами
- 5) инфильтрация легочной ткани

35. Предвестниками приступа бронхиальной астмы являются:

- 1) головная боль
- 2) чихание, зуд в носу, покашливание
- 3) озноб
- 4) субфебрильная температура
- 5) инспираторная одышка

36. Какая аускультативная картина характерна при приступе БА:

- 1) обилие рассеянных сухих, свистящих хрипов
- 2) мелкопузырчатые влажные хрипы
- 3) ослабленное дыхание
- 4) пуэрильное дыхание
- 5) удлиненный вдох

37. Возникновение приступа удушья не чаще одного раза в месяц, без ночных приступов, купирующегося спонтанно или безинъекционными методами, без нарушения физической активности характерно для БА:

- 1) легкой интермиттирующей
- 2) среднетяжелой
- 3) молниеносного
- 4) тяжелой
- 5) легкой персистирующей

38. В лечении астматического статуса не показано назначение:

- 1) эуфиллин
- 2) кислородотерапия
- 3) кортикостероиды
- 4) сальбутамол

5) антигистаминные препараты

39. У больного с открытым артериальным протоком не наблюдается:

- 1) полицитемия
- 2) увеличение левого желудочка
- 3) выбухание легочной артерии на рентгенограмме
- 4) гиперволемиа малого круга кровообращения
- 5) легочная гипертензия

40. Легочная гипертензия не наблюдается при:

- 1) открытом артериальном протоке
- 2) дефекте межпредсердной перегородки
- 3) стенозе митрального клапана
- 4) дефекте межжелудочковой перегородки
- 5) тетраде Фалло

41. При тетраде Фалло наиболее частым осложнением является:

- 1) бактериальный эндокардит
- 2) тромбозы сосудов
- 3) отек легких
- 4) кровотечение
- 5) анемия

42. При одышечно-цианотических приступах препаратом выбора является:

- 1) дигоксин
- 2) анаприлин
- 3) лазикс
- 4) целанид
- 5) строфантин

43. Для диагностики острой ревматической лихорадки по Киселю - Джонсу:

- 1) основными критериями являются:
- 2) повышение титра АСЛО
- 3) абдоминальный синдром
- 4) полиартралгия
- 5) снижение зубца Т на ЭКГ
- 6) кардит

44. При ревматической лихорадке наибольшее диагностическое значение имеет:

- 1) иммуноглобулины А
- 2) титр АСЛ -О
- 3) иммуноглобулины G
- 4) ревматоидный фактор
- 5) обнаружение LE-клеток

45. Эндомиокардит чаще наблюдается при:

- 1) ревматической лихорадке

- 2) неревматическом миокардите
 - 3) системной красной волчанке
 - 4) ревматоидном артрите
 - 5) дерматомиозите
46. Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией
- 1) стеноз легочной артерии
 - 2) стеноз аорты
 - 3) коарктация аорты
 - 4) тетрада Фалло
 - 5) дефект межжелудочковой перегородки
47. К основным диагностическим критериям ревматизма не относится:
- 1) хорея
 - 2) артрит
 - 3) узурсы суставных поверхностей
 - 4) кольцевидная (анулярная) сыпь
 - 5) кардит
48. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38°C. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз?
- 1) постинфекционный миокардит
 - 2) ОРЛ
 - 3) ревматоидный артрит
 - 4) септический кардит
 - 5) реактивный артрит
49. При ревматическом поражении суставов наблюдается:
- 1) утренняя скованность
 - 2) рецидивирующий полиартрит
 - 3) ночные локализованные боли
 - 4) доброкачественное течение полиартрита
 - 5) деформация суставов
50. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:
- 1) гастрофибродуоденоскопия
 - 2) рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием
 - 3) исследование кала на скрытую кровь
 - 4) анализ крови
 - 5) УЗИ
51. Дуоденогастральные рефлюксы могут способствовать развитию
- 1) дивертикула желудка

- 2) перегиба желудка
- 3) язвы пищевода
- 4) антрального гастрита
- 5) ахалазии

52. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки какое исследование наиболее информативно

- 1) исследование кала на скрытую кровь
- 2) гастродуоденоскопия
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) рентгенконтрастное исследование
- 5) фракционное зондирование

53. Для синдрома внутripеченочного холестаза не характерен признак

- 1) гипертрансаминаземии
- 2) непрямая гипербилирубинемии
- 3) уробилинурии
- 4) повышения желчных кислот в сыворотке крови
- 5) повышения активности щелочной фосфатазы

54.. Показателем гепатоцитолнза является

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) гипертрансаминаземия
- 3) диспротеинемия
- 4) гиперфибриногенемия
- 5) гиперхолестеринемия

55. Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать

- 1) состав периферической крови
- 2) сахар крови
- 3) уровень кальция в сыворотке крови
- 4) уровень амилазы сыворотки крови
- 5) сахар в моче

56. Выраженная фибриногенемия наблюдается при:

- 1) гломерулонефрите нефротической формы
- 2) цистите
- 3) наследственном нефрите
- 4) дизметаболической нефропатии
- 5) пиелонефрите

57. Поражение поджелудочной железы обязательно при:

- 1) муковисцидозе
- 2) кишечной инфекции
- 3) скарлатине
- 4) колите

- 5) эзофагите
58. Какой клинический признак не характерен для приступа панкреатита?
- 1) боли в гипогастрии
 - 2) вздутие живота
 - 3) запор
 - 4) диарея
 - 5) боль в левом подреберье
59. Какой клинический признак не встречается при приступе панкреатита?
- 1) температурная реакция
 - 2) интоксикация
 - 3) иктеричность кожи и склер
 - 4) буллезный дерматит
 - 5) диарея
60. Какое инструментальное исследование наиболее информативно при панкреатите?
- 1) рентгеноконтрастное исследование 12-перстной кишки
 - 2) ультразвуковое исследование
 - 3) дуоденальное зондирование
 - 4) обзорная рентгенограмма брюшной полости
 - 5) ЭГДС
61. Характерными рентгенологическими признаками язвенной болезни 12-перстной кишки являются:
- 1) конвергенция складок
 - 2) остаточное пятно бария («ниша»)
 - 3) раздраженная луковица
 - 4) отечность складок
 - 5) атрофия слизистой
62. Для синдрома желтухи при хроническом гепатите не характерно:
- 1) повышение непрямого билирубина
 - 2) повышение прямого билирубина
 - 3) гемолиз
 - 4) обесцвеченный кал
 - 5) темная моча
63. Для синдрома подпеченочного холестаза не характерно:
- 1) гипертензия в билиарной системе
 - 2) задержка желчевыделения в двенадцатиперстную кишку
 - 3) гиперхолестеринемия
 - 4) повышение щелочной фосфатазы
 - 5) гипертрансаминаземия
64. Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно:

- 1) задержка психомоторного развития
- 2) длительно существующая желтуха новорожденных
- 3) сухость кожи
- 4) запоры
- 5) мышечная гипертония

65. Для больного сахарным диабетом не характерно:

- 1) жажда
- 2) учащенное мочеиспускание
- 3) похудание
- 4) редкое мочеиспускание
- 5) слабость

66. У больных с врожденным первичным гипотиреозом не наблюдается:

- 1) снижение вольтажа на ЭКГ
- 2) повышенного уровня ТТГ
- 3) сниженного уровня Т3, Т4
- 4) высокого уровня гормона роста
- 5) гиперхолестеринемия

67. Для больного сахарным диабетом не характерно:

- 1) полифагия
- 2) полиурия
- 3) экзофтальм
- 4) расчесы на коже
- 5) полидипсия

68. При гипогликемической коме не следует:

- 1) вводить 40% раствор глюкозы
- 2) вводить подкожно 0.5-1.0 мл адреналина
- 3) накормить больного после выхода из комы
- 4) вводить инсулин

69. Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечаются: дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень - 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз?

- 1) ацетонемическая рвота
- 2) несахарный диабет
- 3) диабетическая кетоацидотическая кома
- 4) менингит
- 5) гипогликемическая кома

70. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме:

- 1) гипербилирубинемии

- 2) гипергликемии
- 3) глюкозурии
- 4) кетонурия

71. К признакам диабетической кетоацидотической комы относят все перечисленное, кроме:

- 1) бессознательного состояния
- 2) шумного Куссмаулевского дыхания
- 3) сухой кожи
- 4) тахикардии
- 5) гипертонии

72. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме:

- 1) гиперпигментации кожи
- 2) желтушности кожи
- 3) похудания
- 4) общей слабости
- 5) гипотонии

73. Недоношенный ребенок рождается при сроке гестации менее...(нед):

- 1) 40-41
- 2) 38-39
- 3) 37
- 4) 35-36
- 5) 34-33

74. Какие из указанных симптомов Вы отнесете к пограничным состояниям:

- 1) внутриутробная гипоксия
- 2) половой криз
- 3) асфиксия новорожденного
- 4) синдром рвоты и срыгивания
- 5) анемия

75. Какой из физиологических рефлексов относится к группе рефлексов орального автоматизма:

- 1) ладонно-ротовой (Бабкина)
- 2) опоры
- 3) автоматической походки
- 4) Галанта
- 5) Переза

76. При развитии гемолитической болезни новорожденных повышается:

- 1) прямой билирубин
- 2) непрямой билирубин
- 3) уровень гемоглобина

- 4) билирубин остается в пределах нормы
- 5) уровень эритроцитов

77. Оцените физическое развитие ребенка, который родился в срок, массой 2300 гр, рост 50см:

- 1) доношенный нормальный ребенок
- 2) недоношенный I степени
- 3) ЗВУР, гипотрофический вариант
- 4) ЗВУР, гипопластический вариант
- 5) ЗВУР, диспластический вариант

78. Ребенок на первой минуте жизни имеет следующие параметры: пульс - 90 в мин, общий цианоз, мышечная атония, гримаса, не дышит. Этот ребенок по шкале Апгар соответствует оценке (баллов):

- 1) 6
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 1

79. Для оценки степени тяжести РДС у недоношенных используют шкалу:

- 1) Апгар
- 2) Балларда
- 3) Силвермана
- 4) Дубовича
- 5) Даунса

80. Геморрагическую болезнь новорожденных можно эффективно предупредить:

- 1) инфузией свежезамороженной плазмой
- 2) инфекцией анти-Д-глобулина матери
- 3) инъекцией вит "К" при рождении
- 4) переливанием тромбоцитов
- 5) поздним прикладыванием к груди

81. Ребенку 5 дней, масса при рождении 2000 г, рост 45см., срок гестации - 34 нед. Кормление сцеженным грудным молоком через зонд. Диагноз: Недоношенность 2 ст, незрелость. Угроза развития ВУИ. Ваше решение:

- 1) оставить в роддоме
- 2) перевести на 2 -ой этап-отделение недоношенных
- 3) выписать домой
- 4) перевести в отделение реанимации

82. Клинические варианты ЗВУР, кроме:

- 1) гипотрофический
- 2) диспластический
- 3) паратрофический

- 4) гипопластический
83. Поражение какой системы является наиболее тяжелым осложнением при ГБН:
- 1) сердечно-сосудистой формы
 - 2) центральной нервной системы
 - 3) дыхательной системы
 - 4) кроветворной системы
 - 5) мочевыделительной
84. Какие данные из акушерского анамнеза матери с Rh (-) фактором могут указать на возможность возникновения ГБН у новорожденного:
- 1) ранний гестоз
 - 2) мертворожденность, мед. аборт
 - 3) поздний гестоз
 - 4) сахарный диабет
 - 5) кольпит
85. Наличие у ребенка пороков развития свидетельствует о действии патологического фактора на следующей неделе беременности:
- 1) 2-8
 - 2) 16-22
 - 3) 22-28
 - 4) 28-34
 - 5) 34-40
86. При геморрагическом васкулите проявления геморрагического синдрома связано с:
- 1) тромбоцитопенией
 - 2) дефицитом факторов свертывания
 - 3) патологией сосудистой стенки
 - 4) недостатком железа в крови
87. Признаком внутрисосудистого гемолиза является:
- 1) повышение непрямого билирубина
 - 2) ретикулоцитоз
 - 3) повышение свободного гемоглобина плазмы
 - 4) повышение цветового показателя
88. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:
- 1) времени кровотечения
 - 2) времени свертывания
 - 3) и того, и другого
 - 4) ни того, ни другого
89. При кризе иммунной гемолитической анемии на первом месте стоит назначение:
- 1) заместительной терапии
 - 2) глюкокортикоидов

3) спленэктомии

4) цитостатиков

90. Наиболее значимыми признаками гемолиза являются:

1) анемия+ретикулоцитоз

2) анемия+ретикулоцитоз+повышение уровня непрямого билирубина

3) повышение цветового показателя

4) увеличение печени

91. Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:

1) патологией сосудистой стенки

2) дефицитом плазменных факторов свертывания

3) нарушениями в сосудисто – тромбоцитарном звене гемостаза

4) дефицитом витамина К

92. У больного гемофилией:

1) время кровотечения резко повышено, время свертывания изменено мало

2) время свертывания резко повышено, время кровотечения изменено мало

3) в одинаковой степени повышено и то, и другое

4) и то, и другое – в пределах нормы

93. При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:

1) увеличивается

2) не меняется

3) снижается

4) видоизменяется

94. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

1) гипоплазией

2) аплазией

3) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

4) гиперпродукцией бластных клеток

95. Для какой патологии почек характерно на ранних стадиях повышение АД?

1) для наследственного нефрита

2) для гломерулонефрита

3) для пиелонефрита

4) для дизметаболической нефропатии

5) интерстициального нефрита

96. Гиперлипидемия наиболее характерна для:

1) гломерулонефрита нефротической формы

- 2) гломерулонефрита гематурической формы
- 3) пиелонефрита
- 4) тубуло-интерстициального нефрита
- 5) дизметаболической нефропатии

97. Гломерулонефрит чаще развивается:

- 1) на фоне респираторного заболевания
- 2) через 7-14 дней после респираторного заболевания
- 3) через два месяца после переохлаждения
- 4) через 30 дней после простуды

98. Осложнением острого гломерулонефрита не является

- 1) почечная недостаточность
- 2) эклампсия
- 3) тромботические осложнения
- 4) снижение слуха

99. Лечение гломерулонефрита должно быть:

- 1) патогенетическим
- 2) этиотропным
- 3) симптоматическим
- 4) всем перечисленным

100. При какой форме гломерулонефрита показано применение преднизолона с первых дней болезни?

- 1) при нефротической
- 2) при гематурической
- 3) изолированном мочевоом синдроме
- 4) при всех формах

101. Какой симптом не характерен для цистита?

- 1) боли в поясничной области
- 2) поллакиурия
- 3) дизурия
- 4) боли в надлобковой области
- 5) гематурия

102. Какая диета показана больному с нефротической формой гломерулонефрита?

- 1) стол без соли и мяса
- 2) стол без соли и без ограничения белка
- 3) печеночный стол
- 4) стол без ограничений
- 5) термически и механически щадящая пища

103. Что является угрожающим для жизни при острой почечной недостаточности?

- 1) повышение мочевины в крови
- 2) повышение креатинина в крови

- 3) гиперурикемия
- 4) гиперкалиемия
- 5) гипермагниемия

104. Наиболее достоверным признаком хронической почечной недостаточности является

- 1) артериальная гипертензия
- 2) гипергликемия
- 3) повышение уровня креатинина в плазме
- 4) полиурия
- 5) лейкоцитурия

105. При пиелонефрите обычно не нарушается функция

- 1) клубочка
- 2) тубулярного отдела нефрона
- 3) проксимального отдела нефрона
- 4) петли Генле

106. У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39°C, беспокоен, часто мочится.

В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты - до 80 в поле зрения.

Ваш диагноз

- 1) нефротический синдром
- 2) острый нефрит
- 3) пиелонефрит
- 4) хронический цистит

107. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением:

- 1) олигоанурии
- 2) артериальной гипертензии
- 3) отечного синдрома
- 4) микрогематурии
- 5) макрогематурии

108. Для какой патологии почек характерно на ранних стадиях повышение АД?

- 1) для наследственного нефрита
- 2) для гломерулонефрита
- 3) для пиелонефрита
- 4) для дизметаболической нефропатии
- 5) нефротического синдрома

109. Наследственный нефрит часто сочетается:

- 1) с тугоухостью
- 2) с врожденным пороком сердца
- 3) с глюкозурией
- 4) с пиелонефритом
- 5) с нефротическим синдромом

110. К ведущим симптомам нефротической формы гломерулонефрита относятся все перечисленные, за исключением:

- 1) отечного синдрома
- 2) абдоминального синдрома
- 3) протеинурии более 3 г/л
- 4) олигурии
- 5) гиперхолестеринемия

Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Мать девочки 8 месяцев обратилась с жалобами на раздражительность, пугливость, вздрагивание во сне, повышенную потливость, плохую прибавку в весе..

Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 2-х месяцев, затем стала употреблять цельное коровье молоко и каши, которые преобладают в рационе до настоящего времени; овощи и мясо не ест. Профилактику витамином D девочка не получала, у врачей не наблюдалась (проживает у бабушки в селе). Психомоторное и физическое развитие соответствует возрасту 5 месяцев. Масса 6900, длина 67 см.

При осмотре: кожа бледная, сухая, шелушится. Тургор и эластичность тканей снижен. ПЖК отсутствует на животе, туловище и конечностях, на лице сохранена. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливые. Выражены лобные и теменные бугры, затылок уплощен, там же – участок облысения. Пальпируются реберные «чётки», прослеживается Гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, диурез не нарушен.

Задание:

1. Поставьте диагноз (согласно классификации).
2. Дополнительное обследование для уточнения (верификации) диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.

Мальчик 3х месяцев поступил в стационар с жалобами матери на беспокойство и отказ ребенка от еды, появление рвоты, жидкого стула.

Анамнез заболевания: со 2-ой недели жизни ребенок с профилактической целью получает витамин D – по одной капле масляного раствора (Видехол) ежедневно, а с 2-х месяцев – по 5 кап витамина D.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, осложненной гестозом. Роды на 36 нед гестации, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2500 г, длина 46 см. Со 2-го месяца жизни находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями «Малютка» и «Агуша».

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, летаргичен. Кожа бледная, выражен «мраморный рисунок», симптом «белого пятна». Кожа и слизистые оболочки сухие.

Подкожно-жировой слой истончен, особенно в области живота, тургор тканей снижен, выражена мышечная гипотония. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 36/мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС 170 уд/мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий. Диурез снижен. Масса тела при поступлении 3500 г.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Дополнительное обследование для уточнения (верификации) диагноза.
3. Тактика лечения
4. Методы профилактики

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Ребенок 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула.

Анамнез заболевания: в 6,5 месяцев после введения в рацион манной каши, мама заметила, что у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. В 7 мес ребенок перенес дизентерию, в 9 мес и 11 мес – пневмонию. После перенесенных заболеваний у ребенка снизился аппетит, плохо прибавляет в весе.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3100, длина 51 см. Грудное вскармливание до 3х мес, затем – искусственное, адаптированными молочными смесями. Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести. Вес 8500. Кожа бледная, сухая, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, тургор тканей и мышечный тонус снижены. Перкуторно на легких ясный звук, с коробочным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 28/мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Селезенка не пальпируется. Стул обильный, пенистый, жирный, зловонный, без слизи и крови. Диурез адекватный питьевому режиму.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дополнительное обследование для уточнения (верификации) диагноза.
3. Объясните причину развития заболевания.
4. Тактика ведения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Ребенок 5 мес. Поступил с жалобами матери на плохой аппетит и прибавку массы, неустойчивый стул. Вес 4750 г., рост 63 см.

Родился в срок с весом 3500 г., ростом 59 см, закричал сразу. С рождения на грудном

вскармливания. С 1,5 месяцев из-за недостатка грудного молока получал докорм разведенным коровьим молоком; с 2,5 мес. – на искусственном вскармливании. В данный момент за сутки съедает около 550,0 мл цельного кефира. В анамнезе – частые ОРВИ, перенес энтерит, катаральный отит.

Данные осмотра: состояние средней тяжести; вялый. Отмечается умеренная задержка физического и психомоторного развития. Плохо держит головку. Кожа бледная, сухая, морщинистая, взятая в складку – плохо расправляется. Слизистые полости рта сухие, яркие. Подкожно-жировой слой отсутствует повсеместно. Большой родничок – запавший. Грудная клетка «бочкообразной формы», дыхание поверхностное, неритмичное. Тоны сердца приглушены. Пульс слабый. Живот вздут. Стул редкий, непереваренный.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Причина плохого аппетита?
4. Причина неустойчивого стула?
5. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Ребенок 7,5 месяцев, родился от первой беременности, здоровых, молодых родителей. Беременность протекала физиологически, роды в срок, в сентябре. Масса при рождении 3400 г, длина 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание адаптированными кисломолочными смесями. С 5 месяцев получает кашу на цельном молоке – 200 мл/сут, кефир – 200 мл/сут, овощные пюре – 100-150 г/сут. В течение последнего месяца отмечаются беспокойство, вздрагивание при резких звуках, вялость; стал плохо спать. Самостоятельно не сидит, зубов нет.

При осмотре: масса тела 9,7 кг, длина 69 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отмечается облысение затылка, уплощение затылка. Большой родничок 3,0x3,0 см, края податливые. Тургор тканей снижен. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот «лягушачий», имеется расхождение прямых мышц живота. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД-32/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС-124 уд/мин. Печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 32%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, эпителий – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (норма до 600).

Проба мочи по Сулковичу: отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
4. Оцените данные лабораторных методов обследования.
5. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?
6. Оцените массо-ростовые показатели при рождении и на момент осмотра.
7. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.
8. Назовите возможные причины задержки моторного развития.
9. Какова тактика лечения этого заболевания?
10. Для чего проводится проба мочи по Сулковичу?
11. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Ребенок 3,5 месяцев. Родился от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-36 нед гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. До 1 месяца грудное вскармливание, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями. За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 1,5 месяцев отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивалось как признаки перинатального поражения ЦНС. В возрасте 1 месяца был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина Д, но препарат ребенку не давали. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно.

При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5x2,5 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа отмечается болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижение тургора тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк– $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз – 2%, лимф – 60%, мон – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – ураты в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600).

КОС крови: pH = 7,35; BE = -7 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной систем?
4. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу ребенка.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания?
7. Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
8. Какое лечение следует назначить ребенку?
9. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
10. Является ли заболевание ребенка противопоказанием для проведения профилактических прививок?
11. Имелась ли при рождении ребенка гипотрофия? Оцените динамику массы в дальнейшем.
12. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7.

Ребенок 7 месяцев доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.

Из анамнеза: ребенок родился в августе от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины, роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. С 2-х месяцев находится на нерациональном искусственном вскармливании, получал преимущественно кисломолочные смеси, с 4 месяцев – каши. В настоящее время получает кефир по 200,0 мл 2 раза/сут, молочную кашу по 200 мл 2 раза/сут, овощное пюре 200 г 1 раз/сут. Ребенок избыточно прибавлял в массе, в настоящее время весит 9,5 кг. В 4 месяца диагностирован рахит, получал лечение витамином Д в течение 3 недель. В последние недели мама стала чаще гулять с ребенком в солнечную погоду.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 36,8° С, насморк, редкий влажный кашель, активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания, потеря сознания, цианоз кожных покровов, возникли вначале тонические, затем клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных симптомов нет. У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные и теменные бугры, большой родничок 3,5x3,5 см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные четки», зубы отсутствуют. Отмечаются преходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание, ЧД-32/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС-140 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул нормальный. Ребенок мало эмоционален, не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 23%, эоз – 3%, лимф – 60%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет сол-желтый, отн. плотн. – 1015, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,75 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
4. Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?
5. Найдите патологические отклонения в биохимическом анализе крови. Как их можно объяснить?
6. Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
7. Какие варианты заболевания Вам известны?
8. Какие условия могут способствовать нарушению фосфорно-кальциевого обмена у грудных детей?
9. Роль паращитовидных желез в регуляции фосфорно-кальциевого обмена.
10. Какую неотложную помощь следует оказать ребенку?
11. Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог?
12. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
13. Отмечается ли у ребенка избыток массы? Требуется ли коррекция рациона питания?
14. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Ребенок 2-х месяцев. Родители молодые, являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Первый ребенок умер в грудном возрасте от патологии печени неустановленной этиологии. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3600г, длина 52 см. Приложен к груди на 1 сутки, сосал активно.

В возрасте 2-х суток – появилась желтуха, диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. В весе потерял. Несмотря на проводимую терапию (пробиотики, пребиотики, инфузионная терапия, замена грудного молока адаптированной смесью, фенobarбитал, адсорбенты) состояние ребенка не улучшалось.

В связи с тяжелым состоянием поступил в отделение. Масса 3000г, длина 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сосет вяло, быстро устает. Сон беспокойный. Девочка отстаёт

в психомоторном развитии: не гулит, голову держит плохо. Живот вздут, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета.

У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п– 0.88, ретик.- 0,2%, Лейк - $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 60%, м - 6%, СОЭ - 4 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок – следы, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 30,5 мкмоль/л, прямой - 25,0 мкмоль/л, общий белок - 57,0 г/л, альбумины - 36 г/л, мочевины – 3, 5 ммоль/л, холестерин - 2,2 ммоль/л, калий - 4 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, ЩФ - 250 Ед/л (норма до 600), АЛАТ - 21 Ед/л, АсАТ – 30 Ед/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Укажите причину заболевания
3. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
4. К какому типу заболеваний относится данная патология?
5. Какие варианты данного заболевания существуют?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
9. Оцените результаты анализов данного ребенка.
10. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
11. Как определить степень гипотрофии?
12. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
13. Основные принципы диетотерапии при данном заболевании.
14. Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Ребенок 8 месяцев.

Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5-е сутки. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.

С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли

периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, яркие голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 уд. в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.

Скрининг-тест Гатри: положительный.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что лежит в основе его возникновения?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Чем можно объяснить необычно светлую кожу и белокурые волосы при данной патологии?
5. Каковы причины отставания психомоторного развития у данного больного?
6. В каком возрасте наблюдается манифестация заболевания?
7. Каков прогноз больных в зависимости от срока постановки диагноза?
8. При каких наследственных заболеваниях изменяется цвет и запах мочи?
9. Принципы лечения этого заболевания?
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
11. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Девочка З., 1 года, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».

Анамнез: ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, где вскармливалась кашами на козьем молоке, овощами, ягодами и соками, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне врачами не наблюдалась,

профилактические прививки не проводились. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю.

При амбулаторном обследовании было обнаружено снижение уровня Hb (72 г/л) и цветового показателя (0,58), в связи с чем ребенка госпитализировал по рекомендации педиатра.

При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых. Склеры светлые. В углах рта «заеды». Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка у края подреберья. Моча и стул обычной окраски. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9-10 мес.

Общий анализ крови: Hb – 54 г/л, Эр – $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,53; ретикулоциты – 1,1%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф – 66%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 22,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 3,5 мкмоль/л, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,4-21,5), общая железосвязывающая способность – 103,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зр., Эр – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Перечислите причины, которые способствовали развитию заболевания у данного ребенка.
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. С чем связана задержка психомоторного развития ребенка?
8. Назначьте лечение.
9. Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
10. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

Настя И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное. Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). При амбулаторном обследовании выявлено снижение уровня Hb (81 г/л), ускорение СОЭ (15 мм/ч). По рекомендации участкового педиатра госпитализирована.

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: Hb – 81 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,68; ретикулоциты – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 22%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N=60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N=10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зрения, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. Существует ли взаимосвязь у ребенка между основным заболеванием и приверженностью к частым респираторным вирусным инфекциям?
8. Назначьте лечение.
9. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
10. Какова продолжительность терапии основного заболевания?
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

У мальчика Е., 3 лет, после употребления вареной рыбы появились зуд и отек в области губ, жжение языка, уртикарная сыпь на лице, боли в животе, учащенный разжиженный стул.

Анамнез болезни: в возрасте 5,5 месяцев после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Малютка») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодич, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гипоаллергенную («НАН ГА») и антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсинов, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.

При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные экскориации. На коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, слизистая оболочка полости рта чистая, отечная, ярко гиперемирована. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: Нб – 112 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с – 34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (N=1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N=1:80).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к β-лактальбумину и овальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
4. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
5. Назначьте лечение.
6. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
7. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
8. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных

- детей?
9. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии псевдоаллергических реакций?
 10. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
 11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
 12. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Ребенок В., 6 месяцев, поступил в больницу с направляющим диагнозом: Детская экзема, период обострения.

Анамнез: ребенок от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2800 г, длина 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев. Вскоре после перевода ребенка на искусственное вскармливание на коже щек появились зудящие участки покраснения с микровезикулами, мокнутием и корками. В дальнейшем проводилась частая смена молочных смесей на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодицы, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. Три дня назад после введения прикорма (овсяная каша на козьем молоке) кожные проявления усилились, появилось выраженное беспокойство (ребенок почти не спит), учащенный разжиженный стул со слизью. Мать ребенка страдает нейродермитом, отца – поллиноз.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». На коже повсеместно (за исключением спины) имеются участки эритемы с мокнутием и серозными корками. За ушами, в области шейных складок, локтевых и подколенных сгибов, промежности – участки мокнутия с мелкопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 114 уд/мин. Живот безболезненный при пальпации, слегка вздут, урчание по ходу толстого кишечника. Печень + 3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавленными комочками и слизью.

Общий анализ крови: Нб – 101 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8, Лейк – $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 33%, эоз – 9%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, железо – 8,1 мкмоль/л (N=10,4–14,2), общая железосвязывающая способность – 87,9 мкмоль/л (N=63,0-80,0).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 830 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена

средней степени сенсibilизация (+++) к β -лактальбумину, овалбумину, глиадину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?
2. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
4. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назначьте лечение.
8. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
9. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
10. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
12. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Раннее развитие без особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.

Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию.

При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно-коричневого цвета, мутная.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты-измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения.

Посев мочи – результат отрицательный.

Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л; лейкоц. - $9,2 \times 10^9$ п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. -

18%, мон. - 3%, тромб. - 530×10^9 , СОЭ 25 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевина 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О 1:1000, СРБ 0,012 (норма 0,0001), калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин

УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Этиология данного заболевания?
4. Как Вы оцениваете функцию почек у больного?
5. Ваша тактика лечения?
6. Какая диета необходима больному?
7. Каков генез отеков у больного?
8. Каков генез артериальной гипертонии?
9. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
10. Показано ли больному назначение глюкокортикоидов?
11. Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал atopическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 2 недели после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД=95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $416,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 36%, эоз. – 7%, лимф. – 52%, мон. – 2, СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – сол-ж., относительная плотность-1,028, реакция – нейтр.,

белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – мало.

Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, серомукоид – 0,44, СРБ ++, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.

Биохимический анализ мочи: белок-2,5 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты-28 мг/сут (норма – до 17).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков генез отека при данном заболевании?
3. С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?
4. Дайте обоснование диагноза.
5. Составьте план обследования.
6. Оцените функциональное состояние почек.
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Составьте план лечения.
9. Какой диеты необходимо придерживаться при данном заболевании?
10. Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Девочка 4 лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39⁰С, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень +4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Нв-80 г/л, эр.-3,5x10¹²/л, ретик.-8%, тромб.-170,0x10⁹/л,

лейк.- $15,7 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я-70%, л-19%, м.-9%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – до 100 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ – ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18,0 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез данного состояния?
3. Какова причина развития желтушного синдрома?
4. Дайте обоснование диагноза.
5. Объясните механизм развития почечной недостаточности.
6. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Каковы Ваши терапевтические мероприятия?
9. Перечислите исходы данного заболевания.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Мальчик от III беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса при рождении 3800 г., длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенной ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, отмечался положительный эффект от лечения преднизолоном. В дальнейшем дважды на фоне ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Границы сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 128 в 1 мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см. из-под реберного края. Диурез – 120-150 мл/сут.

Клинический анализ крови: Нв-111 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $13,1 \times 10^9/л$; п/я – 5%, с/я – 53%, э. – 2%, л. – 38%, м. – 2%, СОЭ – 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция- кислая, белок-3,3г/л, лейкоциты-3-5 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые 5-6 в поле зрения, зернистые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 35 г/л, альбумины – 45%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 30%, β – 10%, γ – 10%, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 4,5 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л.

Анализ мочи на суточный белок: потеря белка 6,7 г/сут (норма до 0,2 г/сут).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, отечны. Эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биопсия почек: минимальные изменения.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте полный клинический диагноз
2. Каков генез отечного синдрома при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Составьте план лечения
5. Какие Вы знаете клинические симптомы экзогенного гиперкортицизма?
6. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
7. Дайте обоснование диагноза.
8. Составьте диету, необходимую данному больному.
9. Расскажите о механизме действия преднизолона.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Мальчик 6,5 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. На сроке 5 недель мать болела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа.

Генеалогический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами.

В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в анализах мочи: относительная плотность 1,002-1,008, протеинурия.

Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» нёбо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС 90 уд. в 1 мин. АД 100/55 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальпируется нижний полюс правой почки.

Клинический анализ крови: Нв – 102 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $6,5 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я

– 64%, э – 4%, л – 23%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 200 мл, цвет - желтый, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,004, белок – 0,02 г/л.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1,003-1,009, ДД – 450 мл, НД – 520 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 59%; глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 8%, β – 13%, γ – 15%; мочевины – 17,9 ммоль/л, креатинин – 183 мкмоль/л (норма 25-90), калий – 5,16 ммоль/л, натрий – 142,3 ммоль/л.

КОС: рН – 7,3, ВЕ = -12 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок – 600 мг/сут (норма до 200), аммиак – 22 ммоль/сут (норма 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма 48-62), углеводы – 9, 76 ммоль/сут (норма до 1,11).

Клиренс по эндогенному креатинину: 50 мл/мин.

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, в паренхиме визуализируются множественные эхонегативные образования округлой формы с четкими ровными контурами, размером от 5 до 20 мм (кисты).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2. Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует включить в план обследования ребенка?
3. Имеются ли изменения в показателях относительной плотности мочи? Если да, то какого характера, каков генез их возникновения и о нарушении какой функции почек они свидетельствуют?
4. Укажите на имеющиеся изменения в кислотно-основном состоянии. С нарушением какой функции почек связано их появление?
5. Каков механизм происхождения анемии у больного?
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Укажите возможные причины развития патологии почек у данного ребенка.
8. Назовите методы функционального исследования почек.
9. Назовите стигмы дисэмбриогенеза у данного ребенка.
10. Назначьте лечение.
11. Каков возможный прогноз заболевания?
12. Укажите длительность диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19.

Девочка 6 лет поступила в отделение по поводу болей в пояснице, учащенного мочеиспускания, повышения температуры до фебрильных цифр.

Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39-ой неделе. Масса при рождении 3300г., длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

За две недели до появления симптомов настоящего заболевания перенесла ветряную оспу. В дальнейшем жаловалась на учащение и болезненность в конце мочеиспускания, появление болей в пояснице и мутную мочу. В начале заболевания температура тела была 37,2-37,4°C, со 2-го дня повысилась температура тела до 38 – 39° С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 3-х дней продолжала лихорадить, сохранялась дизурия.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожа бледная, отеков нет. Температура тела 38,6 С. Симптом поколачивания положительный справа. Пальпация в области проекции правой почки и над лобком - болезненна. Мочеиспускания учащенные, болезненные.

Общий анализ крови: Hb 136 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $11,4 \times 10^9/л$, п/я 13%, с/я – 60%, лимф.19%, мон.8%, СОЭ – 40 мм в час.

Общий анализ мочи: Цвет – желтый, прозрачность - неполная, рН – 5,5, белок 0,066г/л, Лейкоциты – покрывают все поля зрения, эритроц. – 1 - 3 в п/зр., много бактерий.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76г/л, мочевины 6,1 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 148 ммоль/л, СРБ = ++.

Посев мочи на стерильность: Рост кишечной палочки в титре 100000 в 1 мл.

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены правильно, левая - 81x38x27 мм, правая – 80x35x25 мм. Стенки лоханок уплотнены, слоистые с обеих сторон. Правая лоханка до микции – 16 мм., после микции – 14 мм.(норма до 5 мм.), левая лоханка 5 и 3 мм. соответственно. Мочевой пузырь – объем + 160 см³ , стенки утолщены, уплотнены, остаточная моча 15 мл.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз?
2. Опишите этиопатогенез данного заболевания
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
5. Каковы показания для проведения экскреторной урографии?
6. Какова врачебная тактика ведения больного?
7. Возможный исход заболевания.
8. Длительность диспансерного наблюдения за больной в период ремиссии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20.

Мальчик 9 лет поступил с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 39°C.

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3600 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Перенес ветряную оспу, краснуху. ОРВИ отмечаются 3-4 раза в год. Аллергоанамнез не отягощен. Мать страдает хроническим пиелонефритом.

Настоящему заболеванию предшествовало переохлаждение, после которого через день появилась слабость, боль в животе (больше в левой половине), температура тела

повысилась до 39°C. В течение последующих 5 дней продолжал высоко лихорадить, моча помутнела.

Анализ мочи (амбулаторно): цвет-желтый, прозрачность- неполная, рН –7,0, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Температура тела 38,5°C. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация подвздошной области болезненна. АД 110/70 мм. рт.ст.

Клинический анализ крови: Нб – 126 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $12,8 \times 10^9/л$, п/я – 11%, с/я – 68%, л – 11%, м – 10%, СОЭ – 38 мм/час.

Посев мочи на стерильность: рост энтерококка в количестве 100 000 микробных тел

Биохимический анализ крови: Общий белок – 76 г/л, альбумины – 59%; α_2 глобулины – 12%; мочевины – 7,4 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, СРБ =++

УЗИ почек и мочевого пузыря: Правая почка расположена в типичном месте, 92x43x33 мм, ЧЛС- 3 мм. Левая почка расположена в малом тазу, 56x27x18 мм (норма 86x45x25 мм), дифференцировка слоев паренхимы нечеткая, ЧЛС-8 мм, стенки уплотнены.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите предварительный диагноз
2. Какова тактика дальнейшего обследования
3. Назовите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
6. Перечислите методы функционального исследования почек.
7. Назначьте лечение
8. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
9. Какие возможны исходы заболевания?
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Девочка, 4 лет, от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. Роды срочные, физиологические. Масса тела при рождении – 3000 гр., длина – 51 см.

В периоде раннего возраста ребенок развивался нормально. Перенесенные заболевания: ОРВИ – 5-6 раз в год, ветряная оспа.

Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы неотягощена.

Девочку привели на прием к врачу с жалобами на императивные позывы к мочеиспусканию каждые 20-30-40 минут, мочеиспускание резко болезненное, вплоть до страха ребенка перед мочеиспусканием. Данные жалобы появились после переохлаждения, через 2 дня температура тела поднялась до 38-39°C, появились боли в животе, больше справа.

При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Температура тела 38,6°C. Симптом поколачивания положительный справа.

Пальпация подвздошной области и над лобком болезненна. АД 85/50 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – 4.5×10^{12} /л, лейкоц – 10.5×10^9 /л, п/я – 10%, с/я – 60%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 80 мл., цвет – желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1007, белок – 0.02 г/л, лейкоц. – покрывают все п/зр, переходный эпителий – в большом количестве, бактериурия, слизь - в большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 59%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 8%, β – 13%, γ – 15%, мочевины – 7.9 ммоль/л, креатинин – 83 ммоль/л, калий – 5.16 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок 400 мг/сут (норма до 200), аммиак – 22 ммоль/сут (норма 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма 48-62), углеводы – 9.76 ммоль/сут (норма до 1.11).

УЗИ почек и мочевого пузыря: почки увеличены в размерах, паренхима недостаточно четко дифференцирована на корковый и мозговой слой.

Ширина лоханки справа-10 мм (норма- до 5 мм), стенки лоханок утолщены, слоистые. Мочевой пузырь умеренно заполнен, стенки утолщены, внутренний контур мочевого пузыря неровный, в просвете небольшое количество взвеси.

После микции отмечается большое количество остаточной мочи.

Посев мочи: высевается кишечная палочка в количестве 100000 мкр. тел/мл.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для дифференциальной диагностики?
3. С какими факторами можно связать этиологию данного заболевания?
4. Опишите патогенез заболевания.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
6. Назначьте лечение и обоснуйте его.
7. Назначьте необходимую диету.
8. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
9. Длительность диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Мальчик 4 лет, от I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса при рождении 3300 г., длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин Д₃ в курсовой дозе 250000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 1,5 лет. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать - здорова.

В 1 год 3 мес. у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации

ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин Д₃ в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет мальчик был направлен на консультацию в нефро-урологический центр.

При осмотре: жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост 87 см, масса тела 13,7 кг, окружность головы 48 см, окружность груди 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. Отмечается увеличение печени на 4 см из-под края реберной дуги справа и низкий край левой доли на S от мечевидного отростка.

Клинический анализ крови: Нв – 132 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, тромб – $280,0 \times 10^9$ /л, лейко – $6,0 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 33%, э. – 1%, л – 52%, м – 12, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол. – желт., относительная плотность – 1,010, реакция – нейтр., белок – следы, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, ЩФ- 952 ЕД (норма до 600), кальций общий – 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,02 ммоль/л, фосфор – 0,75 ммоль/л, мочевины – 4,6 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: оксалаты – 22,8 мг/сут (норма до 17), кальций – 3,9 мг/кг/сут (норма – 2,0-2,5), фосфор – 46 мг/кг/сут (норма до 20).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

КОС: рН – 7,21; ВЕ – -9.

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Назовите характерные клинические симптомы заболевания.
5. Укажите основные звенья, регулирующие внеклеточный обмен кальция в организме ребенка.
6. Оцените функциональное состояние паращитовидных желез.
7. Составьте план обследования.
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Составьте план лечения.
10. Какие препараты витамина Д должны назначаться при данном заболевании и в какой дозировке?

На приеме мама с ребенком 5 месяцев. У ребенка затрудненное свистящее дыхание, пароксизмальный кашель, горячий на ощупь.

Анамнез. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3мес. ребёнок перенёс ОРВИ- получал симптоматическое лечение.

Настоящее заболевание началось остро с подъёма температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затруднённым свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха.

Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см латеральнее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, п/я -1%, с/я – 30%, э –3%, м- 8%, лим. – 58%, СОЭ 15 мм/час

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз
2. Какова этиология заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз
5. Каковы принципы лечения?
6. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?
7. Можно ли лечить ребенка на дому?
10. Каков прогноз данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до 38,7°С. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей, привит по возрасту, детский сад посещал с 3-х лет, болел нечасто, из детских инфекций перенес ветряную оспу и эпидемический паротит.

При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения,

удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложений на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аускультативно- жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 96 уд. в 1 мин.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание в норме.

Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, эр – $4,8 \times 10^{12}/л$, лейко – $8,4 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 46%, л - 37%, э - 5%, м - 8%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты - нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз?
2. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?
3. Назначьте лечение.
4. Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Разработайте план противоэпидемических мероприятий.
7. Каковы меры профилактики данного заболевания?
8. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.
9. Есть ли у данного ребенка клинические данные за бронхообструктивный синдром?
10. Показано ли физиотерапевтическое лечение этому ребенку? Если да, то какое?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Ребёнок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3мес. Ребёнок перенёс ОРВИ- получал симптоматическое лечение.

Настоящее заболевание началось остро с подъёма температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затруднённым свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых

и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см латеральнее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, п/я -1%, с/я – 30%, э –3%, м- 8%, лим. – 58%, СОЭ 15 мм/час

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз
2. Какова этиология заболевания?
3. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Каковы принципы лечения?
6. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?
7. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
8. Какие виды физиотерапии показаны при данном заболевании?
9. Можно ли лечить ребенка на дому?
10. Каков прогноз данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять.

Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.

Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в три месяца. Психомоторное развитие - по возрасту.

С 3,5 месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени стал часто болеть ОРВИ, которые каждый раз сопровождались длительным кашлем. Консультирован отоларингологом, диагностированы аденоидные вегетации 2-й степени.

У матери ребенка пищевая и лекарственная аллергия, отец здоров, курит. Настоящее заболевание началось с повышения температуры, головной боли, слизистого отделяемого из носа и сухого кашля. Кашель усиливался утром, иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Получал отхаркивающие микстуры без положительной динамики.

При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный, слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным

влажным компонентом. Температура тела 37,4°. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание проводится во все отделы легких, выдох удлинен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 28 в 1 мин. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет, ЧСС 110 уд.в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейко – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 38%, э – 3%, м – 9%, СОЭ – 9мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет переbronхиальных изменений, легочная ткань вздута, ребра расположены горизонтально, с широкими промежутками.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
3. Какие анамнестические данные помогли вам поставить диагноз?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие диагностические мероприятия следует провести?
7. Назначьте лечение.
8. Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
9. Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

Ребенок 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0°C, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 105 г/л, эр – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейко – $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я –

57%, э – 1%, л – 23%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоск., лейкоц.- 1-2 в п/зр, эритроц. – отсутст.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 16%, β – 8%, γ – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
4. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей данной возрастной группы?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение
7. Какие могут быть осложнения заболевания?
8. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
10. Каков прогноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Больной 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В периоде новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного непродуктивного кашля, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала «неотложную помощь».

При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Там же – ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД – 42 в 1 мин. Тоны

сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 110 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован.

Общий анализ крови: Hb - 134 г/л, эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц - $23 \times 10^9/л$, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,066 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты измененные – 2-3 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 1-2 в п/зр, зернистые – 1-2 в п/зр, слизь – немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Посев трахеального аспирата: высеив пневмококка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данный вид пневмонии и почему?
3. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?
9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

Больная А., 5 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на усиливающуюся одышку, приступообразный кашель, субфебрильную температуру.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, вторых срочных родов. Безводный промежуток составил 10 часов. На первом месяце жизни – упорный конъюнктивит.

Из анамнеза известно, что девочка заболела примерно 2 месяца назад, когда на фоне нормальной температуры возник кашель. Постепенно кашель стал приступообразным, появилась и стала нарастать одышка. Неоднократно лечилась без эффекта антибиотиками (пенициллин, кефзол, гентамицин), что и явилось причиной госпитализации.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Одышка смешанного типа, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, ЧД до 58 в 1 мин. Кашель частый, приступообразный с высовыванием языка. В легких перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, выслушиваются ассиметричные (больше справа) рассеянные влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы,

единичные сухие хрипы.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эр – $4,0 \times 10^{12}$, лейкоц – 19×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 58%, э – 6%, л – 24%, м – 7%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

Кровь на антитела к хламидиям: обнаружены специфические антитела класса IgM – 1:8, IgG – 1:128.

Рентгенография органов грудной клетки: определяются двусторонние диссеминированные очаги малой интенсивности до 2 – 4 мм в диаметре на фоне диффузного усиления легочного рисунка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каков путь заражения?
4. Какие еще возбудители вызывают развитие пневмонии в данной возрастной группе?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз по клинической картине?
6. Какие изменения Вы ожидаете увидеть в биохимическом анализе крови?
7. Почему предыдущая терапия оказалась неэффективной?
8. Назначьте лечение.
9. Какие антибиотики и в какой дозе можно использовать?
10. Нужно ли обследовать мать больной?
11. Является ли диагностически значимым только выделение хламидий без клинических данных?
12. Длительность диспансерного наблюдения.
13. Прогноз заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 50 дых. в 1 мин. с участием

вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация на высоте вдоха. Над остальными участками легких выслушивалось жесткое дыхание. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: гематокрит — 49% (норма 31–47%), Hb — 122 г/л, эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, ц.п. — 0,8, лейкоц — $10,8 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с/я — 52%, э — 1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 17 мм/час

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,066 г/л, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л, АлАТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АсАТ — 19 Ед/л (норма — до 40), СРБ — +++

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 — 68 мм рт.ст. (норма 80 — 100), pCO_2 — 65 мм рт.ст. (норма 36-40), pH — 7,31, BE = -2,3 ммоль/л (норма = $\pm 2,3$), АВ — 17 ммоль/л (норма 16-23), ВВ — 39 ммоль/л (норма 37-47), SB — 19 ммоль/л (норма 17-23).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6. Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
7. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
8. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
9. В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
10. Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 31

Мальчик 5 лет, госпитализируется в стационар 4-ый раз с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, упорный влажный кашель с мокротой. На первом году мальчик не болел, развивался соответственно возрасту. Во время игры на полу в возрасте 1 года появился приступ сильного кашля, ребёнок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребёнок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенёс пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела 20 кг, рост 110 см. ЧД-36 в мин.

ЧСС-110 ударов в мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над лёгкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение 1 тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Hb-110 г/л, эр- $3,4 \times 10^{12}$, лейкок- $13,9 \times 10^9$, п/я-7%, с/я-65%, э-2%, м-9%, л-17%, СОЭ-20мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1,018, эпителий-нет, лейкоциты-2-3 в п/зр, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок-70г/л, альбумины-60%, α 1-глобулины-4%, α 2-глобулины-15%, β - глобулины-10%, γ -глобулины - 11% ,СРБ = ++.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Спиральная компьютерная томография (грудная клетка):слева в 8-10 сегментах определяются цилиндрические и веретёнообразные бронхоэктазы, часть расширенных бронхов заполнена содержимым.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составте план обследования больного.
4. Патогенез данного заболевания?
5. Что случилось с ребёнком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?
6. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
7. Назначьте больному лечение.
8. Показания к хирургическому лечению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32

Девочка 1 года 9 месяцев, поступила впервые, с жалобами на постоянный влажный кашель, одышку в покое, частые пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, длительный субфебрилитет.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от VII беременности, протекавшей на фоне анемии, 4 срочных родов. Масса тела при рождении 3840, длина 51 см. На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм по возрасту.

Аллергологический анамнез отягощен: крапивница на шоколад, цитрусовые.

Из анамнеза заболевания известно, что у девочки с 4 месяцев жизни отмечался частый кашель с выделением слизисто-гноной мокроты. На 2 году жизни перенесла 3 повторные пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности II-III степени, по поводу чего лечилась в отделении реанимации больницы по месту жительства.

При поступлении состояние очень тяжелое. Жалобы на сниженный аппетит, плохую прибавку массы тела, неустойчивый стул, периодически черного цвета, постоянный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Девочка пониженного питания. Вес 9 кг 300 г, рост 80 см. Кожные покровы очень бледные с акроцианозом, видимые слизистые бледные, чистые. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо. Насыщение кислородом – 88%. Одышка смешанного характера в покое. ЧД 66 в 1 мин. Кашель частый, малопродуктивный. Мокрота слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 142 в 1 мин. Перкуторно: над легкими слева притупление легочного звука, справа звук с коробочным оттенком. Дыхание проводится с обеих сторон, ослабленное, больше слева, там же выслушивается обилие влажных разнокалиберных хрипов. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки. Стул 3-4 раза в день, периодически жидкий. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Hb – 84 г/л. эр– $4,66 \times 10^{12}$. р – 15г/л т – $170,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $7,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я-42, л. – 32, э-5, м. – 10, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 70 мл, относительная плотность - 1012, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - умеренном количестве.

Реакция кала на скрытую кровь: положительная.

Кровь на IgE к коровьему молоку: 1+.

Хлориды пота – 19,8 ммоль/л.

Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу: отрицательны.

Микроскопическое исследование мокроты: выявлено значительное количество макрофагов с включением гемосидерина.

Рентгенограмма легких: отмечается средней интенсивности негетерогенное затемнение левого легкого, в области правого легкого видны множественные очаговые тени, местами сливные. Корни легких малоструктурны. Тень сердца расширена за счет левых отделов. Купола диафрагмы ровные. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Какова динамика рентгенологических изменений в легких при этом заболевании?
4. Какова тактика лечения?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. С какой целью измерялись хлориды пота?
7. Для чего исследовалась кровь на АТ к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу?
8. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?
9. Можно ли назначать физиотерапевтические методы для лечения ребенка?

10. Ваш прогноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребенок от I беременности, мальчик, болеет хронической пневмонией). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой средне-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116 ударов в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}$ /л. т. – $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 10, с/я – 52, л. – 28, э – 1, м. – 9, СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи: количество-60 мл, относительная плотность-1014, лейкоц.-0-1 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - в умеренном количестве.

Рентгенограмма легких: легкие вздуты, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация сосудисто-интерстициального рисунка. Корни легких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6,8, 9, 10 справа.

Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите 3 отличительных признака этого заболевания. Что лежит в основе нарушений со стороны органов дыхания при этом заболевании?

3. Как наследуется это заболевание?
4. Какие нарушения можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
6. Каковы принципы лечения заболевания?
7. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
8. Показано ли хирургическое лечение данного заболевания?
9. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
10. Каков прогноз данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 34

Ребенок 5 лет был направлен в стационар для исключения муковисцидоза. Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса при рождении 2700 г, длина 47 см.

С первых дней жизни у ребенка отмечался кандидоз слизистой полости рта, плохо поддающийся местному лечению. В возрасте 3-х недель отмечалась лихорадка до 39°C, жидкий стул. В связи с этим поступил в стационар по месту жительства, где была диагностирована двусторонняя пневмония, синдром нарушенного кишечного всасывания (лактазная недостаточность). По поводу пневмонии получал антибактериальную терапию клафораном, гентамицином, левомицетином. На этом фоне сохранялась выраженная одышка, на контрольных рентгенограммах сохранялось диффузное двустороннее поражение легких, плохая прибавка веса, частый обильный стул.

При поступлении состояние тяжелое. Вес 13800 г, длина 50 см. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой развит слабо. На слизистой полости рта многочисленные элементы молочницы. У ребенка отмечается диффузная мышечная гипотония. Выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД 80 в 1 мин. Кашель редкий, сухой. Над всей поверхностью легких коробочный перкуторный звук. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 140 в 1 мин. Живот вздут, мягкий, безболезненный. Печень+2,+3,с/3. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул 6 раз в день, жидкий, со слизью.

В отделении ребенку была назначена внутривенная антибактериальная терапия, системная противогрибковая терапия. Однако состояние ребенка оставалось тяжелым, сохранялась одышка, двусторонние диффузные облаковидные изменения на рентгенограмме легких. В связи с этим была назначена системная стероидная терапия преднизолоном в дозе 1 мг/кг, на фоне которой отмечена положительная динамика в виде уменьшения одышки, появления аппетита, улучшения рентгенологической картины.

Общий анализ крови: Нв - 107 г/л. эр - $3,7 \times 10^{12}/л$, т.- $380 \times 10^9/л$. лейкоц - $23,7 \times 10^9/л$, метамиел. - 1%, п/я - 2%, с/я - 45%, л - 41%, э - 5%, м - 6%, СОЭ - 18 мм/час.

Копрограмма: нейтральный жир не обнаружен.

Хлориды пота – 27,9 ммоль/л.

Посев мокроты на флору: *Staphylococcus aureus* 10⁴, *Candida albicans* 10³.

Рентгенограмма легких: очаговые тени в виде «снежной пыли» с обеих сторон, больше справа. Сосудисто-интерстициальный рисунок усилен. Корни малоструктурны. Тень сердца расширена за счет левых отделов. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
4. Оцените данные потового теста у ребенка.
5. Оцените физическое развитие ребенка.
6. Каков этиопатогенез заболевания у ребенка?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Расскажите об основных осложнениях системной стероидной терапии.
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Прогноз.
11. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 35

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. До 1 года страдала атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Анамнез заболевания: в возрасте 3 и 4 года, в мае за городом у девочки возникали кратковременные приступы удушья, которые самостоятельно купировались при возвращении в город. Настоящий приступ возник в гостях при контакте с кошкой. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно- масса сухих свистящих хрипов надо всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в

минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка
4. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?
5. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде
6. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
11. Имеют ли связь заболевания родителей и ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36.

Виталий Б. 12 лет, поступил в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Анамнез заболевания: в течение последних 6 месяцев мальчик стал часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, стал быстрее уставать. При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистой полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Hb 72 г/л, эр. $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 0,2%, тромб. единичные, лейкоц. $1,3 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 4%, лимф. 95%. СОЭ 35 мм/ч.
2. Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, мегакарициты не найдены.
3. Общий анализ мочи: цвет желтый, отн. плотн. 1018, белок следы, эпителий 2-4 в п/зр., лейкоц. 0-1 в п/зр., эр. 25-30 в п/зр., цилиндры, слизь, бактерии – отсутствуют.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз, согласно классификации.
2. Какие исследования необходимо провести для установления (верификации) диагноза?

Ожидаемые результаты.

3. При каком заболевании может быть аналогичная гемограмма?
4. Назовите современные методы лечения данной патологии, на чем они основаны.
5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у данного больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37.

Мальчик С. 3,5 лет, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочеиспускания.

Анамнез заболевания: за неделю до поступления у девочки поднялась температура до $38^{\circ}C$, появился кашель. Получала ампициллин внутрь. 2 дня назад мать заметила, что девочка стала вялой, побледнела, отмечалась многократная рвота, стала реже мочиться.

При поступлении: состояние очень тяжелое. Вялая, в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные, небольшое количество мелких свежих синяков на конечностях и туловище.

Склеры иктеричны. Периферические лимфатические узлы мелкие. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, пальпируется край селезенки. Мочится редко, при осмотре выделила 30 мл красноватой мочи. Стул темной окраски, оформленный.

Данные обследования:

1. Анализе крови: Нб 30 г/л, эр. $1,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9; ретикулоциты 15%, тромб. $60 \times 10^9/л$, лейкоц. $10,5 \times 10^9/л$, метамиелоциты 2%, миелоциты 1%, юные 3%, п/я 7%, с/я 63%, эоз. 1%, лимф. 18%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/ч. Анизозитоз, в каждом поле зрения шизоциты.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 61 г/л, мочевины 31 ммоль/л, креатинин 326 ммоль/л, билирубин общий 45 мкмоль/л, билирубин непрямо 30 мкмоль/л, билирубин прямо 15 мкмоль/л, калий 5,1 ммоль/л, натрий 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ 25 Ед/л, АЛТ 35 Ед/л.
3. Общий анализ мочи: цвет розоватый, отн. плотность определить не удалось из-за малого количества мочи, белок 1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., реакция Грегерсена положит., эпителий немного, лейкоц. 10-15 в п/зр., эр. – сплошь покрывают все п/зр.; цилиндры: восковидные 1-2, зернистые 1-2, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Задание:

1. О каких заболеваниях можно думать в данном случае? Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение? Нужны ли другие лабораторные исследования для подтверждения диагноза?
2. Какие экстренные мероприятия требуется провести данному больному, и на какие патологические процессы они направлены?
3. Объясните патогенез и причину гемолиза при данной патологии.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Каков прогноз заболевания у данного ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 38

Арсен А. 4 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи.

Анамнез заболевания: ребенок болен около двух недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, повысилась температура тела до 38,50С. Получал аналгин, бисептол. Примерно 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная моча. Участковым педиатром заподозрен инфекционный гепатит, и ребенок направлен на обследование и лечение в стационар.

Анамнез жизни: без особенностей.

При поступлении: состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожи, иктеричность склер. Со стороны сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из подреберья на 4 см, селезенка на 3 см, пальпация их слегка болезненна. Мочится хорошо, моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нв 55 г/л, эр. $2,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,98; ретикулоциты 11%, тромб. 230×10^9 /л, лейкоц. $12,3 \times 10^9$ /л, миелоциты 1%, п/я 7%, с/я 55%, эоз. 1%, лимф. 30%, мон. 5%, СОЭ 45 мм/ч. Выражен анизоцитоз, в некоторых полях зрения встречаются микроциты.
2. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 60 ммоль/л, билирубин прямой 7 мкмоль/л, билирубин непрямой 67,2 мкмоль/л, свободный гемоглобин 0,1 ммоль/л, калий 4 ммоль/л, АСТ 28 Ед/л, АЛТ 30 Ед/л.
3. Общий анализ мочи: уробилин +++, свободный гемоглобин – отр., белок 0,33%, лейкоц. 1-2 в п/зр.
4. Проба Кумбса с собственными эритроцитами: положительная.

Задание:

1. О каком заболевании идет речь в данном клиническом случае? Подтвердите его клиническими и лабораторными данными.
2. Какой вид гемолиза характерен для данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Перечислите возможные осложнения данного заболевания. Какие необходимы организационные мероприятия для оказания экстренной помощи больному?
5. Какая ургентная терапия проводится в острый период болезни?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 39

Девочка 2 лет 2 месяцев, поступила в отделение с жалобами на рецидивирующие носовые кровотечения.

Анамнез заболевания: с 2х-летнего возраста появились частые, но кратковременные носовые кровотечения, которые купируются самостоятельно.

Семейный анамнез: мать – 26 лет, считает себя здоровой, хотя в детстве у нее часто наблюдались носовые кровотечения; в последующей взрослой жизни легко возникают синяки, иногда появляется мелкоочечная геморрагическая сыпь, мenses – по 8-10 дней.

Отец – 30 лет, практически здоров.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности и родов, протекавших физиологически. Масса тела при рождении 3470 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Грудное вскармливание до 1 года 2 месяцев.

Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3 раза.

Прививки по графику.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Незначительное кровотечение из носовых ходов (передняя тампонада). Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа бледно-розовая, на передней поверхности голени и бедер многочисленные экхимозы разной давности, величиной до 2 см. Конъюнктивы и слизистая оболочка ротовой полости

чистые, розовые. Катаральных явлений нет. Лимфатические узлы в подчелюстной, передне- и заднешейной группах – мелкие, единичные, эластичные, безболезненные; в подмышечной и паховой областях – множественные, мелкие, эластичные, безболезненные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, дыхательная аритмия. ЧСС 110-115 уд/ мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный, без примесей.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нв 132 г/л, эр. $4,85 \times 10^{12}/л$, Нт 45%, тромб. $237 \times 10^9/л$, лейкоц. $6,9 \times 10^9/л$, п/я 3%, с/я 34%, эоз. 3%, лимф. 54%, мон. 6%. СОЭ 5 мм/ч.
2. Коагулограмма: факторный гемостаз компенсирован.
3. Агрегатограмма: агрегация тромбоцитов с ристоцетином, АДФ – в пределах нормы, с коллагеном и адреналином – менее 50%.
4. Консультация отоларинголога: расширение сосудов Киссельбахова сплетения справа, аденоидные вегетации I степени.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Показана ли этому ребенку костномозговая пункция и почему?
5. Какое лечение необходимо назначить?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40.

Мальчик Е. 6 лет, поступил в отделение с жалобами на появление 3 дня назад сыпи на теле и обильные кратковременные носовые кровотечения, возникавшие в эти же дни, без видимых причин.

Анамнез заболевания: родители связывают появление симптомов заболевания с тем, что полтора месяца назад ребенок перенес острую респираторную вирусную инфекцию, 3 недели назад проведена вакцинация против гриппа.

Анамнез жизни: ребенок от молодых здоровых родителей, от 2 беременности (1 – м/а), протекавшей в I триместре с ОРВИ без лихорадки, в III триместре – с легкой анемией. Роды в срок. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. Вакцинопрофилактика проведена по графику. До 3 лет болел редко, после начала посещения детского сада – 4-6 раз в год, дважды перенес средний катаральный отит.

Семейный и аллергологический анамнезы не отягощены.

При поступлении: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Активный, признаков токсикоза нет. На коже туловища и конечностей множественная распространенная петехиальная сыпь, на ногах – экхимозы разной величины и давности. Катаральных явлений нет. Видимые слизистые оболочки розовые, без геморрагий. Лимфатические узлы в подчелюстной, подмышечной и паховой группах – мелкие

эластичные единичные безболезненные; в переднешейной и заднешейной группах – множественные «сочные» безболезненные до 0,8 см (max). Артралгий нет, кости безболезненны при пальпации. Легочно-сердечная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Hb 118 г/л, эр. $4,38 \times 10^{12}/л$, тромб. $37 \times 10^9/л$, лейкоц. $9,9 \times 10^9/л$, п/я 2%, с/я 54%, эоз. 3%, лимф. 32%, моноциты 9%. СОЭ 13 мм/ч. Нт 40%.
2. Биохимический анализ крови: железо 9,2 мкмоль/л, ОЖСС 77,3 мкмоль/л, СРР 8 Ед/л.
3. Уровень тромбоцит-ассоциированных антител – 480%, гликокалицина 70%.
4. Коагулограмма: факторный гемостаз компенсирован.
5. Агрегатограмма: снижение агрегации со всеми индукторами на фоне тромбоцитопении плазмы.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Перечислите возможные варианты терапии, свой выбор обоснуйте.
5. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению за ребенком на педиатрическом участке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 41

Девочка К. 13 лет, поступила в отделение с жалобами на сыпь на теле и обильное маточное кровотечение на протяжении 4-х дней.

Анамнез заболевания: в 9 лет (четыре года назад) ребенок заболел острой иммунной тромбоцитопенической пурпурой, находилась в стационаре, где проводилось лечение преднизолоном (в дозе 2 мг/кг) в течение 3х недель, с отменой прерывистым курсом. Была достигнута неполная клиническая ремиссия: уровень тромбоцитов в пределах $30-70 \times 10^9/л$. В возрасте 10 лет отмечалось профузное носовое посттравматическое кровотечение, которое удалось купировать введением октагама в дозе 2 г/кг внутривенно капельно. Гематологическая ремиссия достигнута не была. Проведено лечение препаратом интерферона по 2 млн. ЕД п/к 3 раза в неделю в течение 3х месяцев, эффект не достигнут. Менес у девушки установились в 12 лет, носят регулярный характер, ранее необильные.

Анамнез жизни: девочка от молодых родителей, 2-ой беременности (1-ая – м/аборт на сроке 8 нед), протекавшей с ОРВИ в I и III триместрах, легкой анемией и нефропатией – в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Раннее развитие без особенностей.

Вакцинопрофилактика проводилась по индивидуальному календарю до 7 лет. До 7 лет болела редко, в 8 лет перенесла ветряную оспу.

Семейный анамнез: отягощен по онкологическим заболеваниям и гипертонии. Аллергологический анамнез: крапивница на цитрусовые и шоколад, удушье на запах рыбы.

При поступлении: состояние тяжелое, самочувствие плохое. Беспокоят головная боль, головокружение, одышка при нагрузке. На коже туловища и конечностей немногочисленные петехии, на ногах – экхимозы разной величины и давности. Катаральных явлений нет. Слизистые оболочки бледные, без геморрагий. Лимфатические узлы мелкие эластичные единичные безболезненные в 4-х группах. Артралгий нет, кости безболезненны. Дыхание везикулярное. ЧД 25-28 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 100 уд/мин. АД 100/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нв 68 г/л, Нт 23%, эр. $2,47 \times 10^{12}$ /л, тромб. 7×10^9 /л, лейкоц. $8,3 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 56%, эоз. 1%, лимф. 30%, мон. 11%. СОЭ 11 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: железо сыворотки 10,8 мкмоль/л, ОЖСС 72,5 мкмоль/л, CRP 4 Ед/л.
3. Содержание тромбоцит-ассоциированных антител: 310%.
4. Концентрация гликокалицина: 65%.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для верификации диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Перечислите возможные варианты терапии, свой выбор обоснуйте.
5. Совместно с какими специалистами необходимо наблюдать данного ребенка на педиатрическом участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 42.

Мальчик М., 6 дней, от 1-ой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-ой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родблоке, сосал активно. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 4-е сутки составила 3000 г.

При осмотре на 6-ой день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активен, масса тела 3060 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется

бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевааренными комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: Hb - 190 г/л, Эр - $5,7 \times 10^{12}/л$, Ц.п - 0,95, Лейк $6,7 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 43%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры – нет, соли - кристаллы мочевоы кислоты

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин: непрямоы - 51 мкмоль/л, прямоы – нет; мочевины = 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
5. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
8. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
9. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
10. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
11. Как следует кормить этого ребенка?
12. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 43

Мальчик М., 5-ти дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-ой половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном блоке, сосал хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 5-ый день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под

края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови матери A(II) Rh-положительная

Группа крови ребенка O(I) Rh-положительная

Общий анализ крови: Hb - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0,94, Лейк $9,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с/я - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры – нет,

Биохимический анализ крови на 4-ый день жизни: общий белок - 52,4 г/л; билирубин: непрямо́й - 140 мкмоль/л, прямо́й – нет; мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 18Ед/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
8. Каков генез желтухи в данном случае и требует ли она лечения?
9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
10. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?
11. Как кормить этого ребенка?
12. Каков прогноз у этого ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 44

Ребенок Г., 1-х суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. 1-ая беременность была 1,5 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность 2-ая, протекала с токсикозом в 1-ом триместре, в 3-ем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-ый период – 6 часов 30 минут, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек

пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до + 3 см и селезенки до + 1,5 см.

Билирубин пуповинной крови составил 90 мкмоль/л;

Hb периферической крови, определенный по cito, 120 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Каков патогенез настоящего заболевания?
6. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
7. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
8. Назначьте и обоснуйте лечение.
9. Как должен вскармливаться этот ребенок?
10. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
11. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
12. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 45

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц. п - 0,99, Лейк $9,4 \times 10^9/л$, нейтрофилы: п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: не прямой - 160 мкмоль/л, прямой - нет

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза и каковы ожидаемые результаты?
3. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Как следует кормить этого ребенка?
6. Назначьте лечение.
7. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?
8. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
9. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?
10. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 46

Девочка В., 5 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка: A(II) Rh-положительная.

Общий анализ крови на 4 сутки жизни: Нв - 155 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 6%, Ц.п - 0,99, Лейк - $12,0 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 49%, э - 1%, л - 36%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 54.8 г/л, билирубин: непрямой - 328 мкмоль/л, прямой - 34 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7, 0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 71 Ед/л, ЩФ - 350 Ед/л (N - 70-140).

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Объясните патогенез данного заболевания.

3. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови.
6. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
7. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?
8. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденных.
9. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
10. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?
11. Назначьте лечение.
12. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 47.

Девочка поступила с педиатрического участка в возрасте 1 мес. с направительным диагнозом затянувшаяся конъюгационная желтуха. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1-ой нормально протекавшей беременности и родов, весом 4100 г., длиной 52 см. Закричала сразу, приложена к груди в родильном зале, желтуха появилась на 3-е сутки (максимальный уровень непрямого билирубина составлял 210 мкмоль/л). Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки жизни. На первом месяце жизни интенсивность желтухи то снижалась, то нарастала. Стул стал редким, со склонностью к запорам.

При осмотре общее состояние средней тяжести. На грудном вскармливании, дефицита веса нет. На осмотр реагирует вяло, ребенок очень спокойный, временами безучастный. Крик малоэмоциональный, нет четкого зрительного сосредоточения. Мышечная гипотония. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, истеричность кожных покровов. При пальпации кожа грубовата, сухая, холодная. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадикардии до 112 ударов в минуту. Живот увеличен в боковых размерах, несколько вздут, при пальпации мягкий во всех отделах. Печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови - Эр.- $4,09 \times 10^{12}/л$, Нб- 129 г/л, Лейкоциты- $6,5 \times 10^9/л$. В биохимическом анализе уровень непрямого билирубина 158 мкмоль/л, прямого - 12,6 мкмоль/л. НСГ: без патологии. ЭЭГ: данные биоэлектрической активности не соответствуют возрасту ребенка, нарушены процессы миелинизации.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для его уточнения?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
4. Назначить лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 48

Мальчик А. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Беременность вторая, протекала с обострением пиелонефрита в третьем триместре. Роды своевременные, 1-й период - 15 часов, 2-й - 35 минут, безводный промежуток – 9 часов. Околоплодные воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре - снижение двигательной активности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком и мраморным рисунком, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника. Дыхание поверхностное, 75-83 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно - дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 170 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: снижение двигательной активности, мышечная гипотония, физиологические рефлексы новорожденных снижены.

Общий анализ крови: Hb-180 г/л, эр- $5,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромбоциты - $208,0 \times 10^9/л$, лейкоц - $23,1 \times 10^9/л$, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4%, п/я - 13%, с - 50%, э - 5%, л - 11%, м - 15%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 55 мм.рт.ст., pCO_2 - 70 мм.рт.ст., pH - 7,21, BE - -14 ммоль/л, АВ - 9 ммоль/л, SB - 8 ммоль/л, ВВ - 19 ммоль/л.

Иммуноглобулины: IgG- 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM- 80 мг% (норма 0).

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
3. Перечислите факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
4. Оцените соотношение частоты дыхания и пульса у новорожденного ребенка?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?
7. Назначьте лечение.
8. Перечислите показания к проведению инфузионной терапии
9. Нуждается ли ребенок в иммунокорригирующей терапии?
10. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
11. Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении пневмонии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 49

Больная З., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правой парастернальной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Клинический анализ крови: Hb – 148 г/л, Эр -4, 9×10^{12} /л, Ц.п.- 0,9, Лейкоциты -6,3 $\times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность - 1014, белок – отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 ЕД/л (норма –до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма – до 40), серомукоид - 0,180 (норма –до 0,200).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол» ?
4. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения ?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Сроки оперативного лечения.
7. С какой целью проводилась новорожденному ребенку закрытая атриосептостомия?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
9. Назовите неблагоприятные факторы, способствующие формированию врожденных пороков сердца у детей?
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков синего типа?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 50

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

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-

месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов – с 6-месячного возраста. При кормлении отмечается быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. Бронхитом и пневмонией не болел.

При осмотре: кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком, выраженным акроцианозом. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 150 в 1 мин, ЧД – 56 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

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

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1004, белок, глюкоза – отсутствуют, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, эритроциты – отсутствуют, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180 (норма до 0,200)

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 62 мм.рт.ст. (норма 80-100), pCO_2 – 50 мм.рт.ст. (норма 36-40), pH- 7,29, BE = -8,5 ммоль/л (норма - 2,0 - +2,0).

На рентгенограмме – сердце не большое в виде «сапожка», обеднение легочного рисунка, особенно выраженное на периферии

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление таких симптомов как «барабанные палочки» и «часовые стекла»?
5. В какие сроки жизни появляется диффузный цианоз при этом пороке – с рождения или позже? Почему?
6. Чем объяснить наличие у ребенка тахикардии и одышки?
7. Какие изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
8. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9. Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление

- действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в данной ситуации?
10. Определите терапевтическую тактику.
 11. Каковы наиболее частые осложнения оперативного лечения данного порока?
 12. Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 51

Девочка, 13 лет, поступила впервые в связи повышением АД до 160–170/90 – 100 мм рт. ст., головной болью, головокружением, потемнением в глазах, после психоэмоциональных и физических нагрузок. С детства периодически носовые кровотечения, после которых головная боль проходит.

Из анамнеза известно, что девочка от III беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в III триместре, II срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. С 1 года 4 месяцев наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На ЭХО–КГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечают: возбудимость, мраморность дистальных отделов кожных покровов, похолодание стоп, умеренный акротрофогипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца – усиление I тона на верхушке, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. выслушивается систолический шум с р.мах. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк – $5,1 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 63%, л – 30%, э – 2%, м – 3%, СОЭ – 7 мм/час;

Общий анализ мочи: удельный вес - 1021, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоц. 3 – 4 в п/зр, эритроц. - нет, эпителий плоский - ед. в п/зр, слизи - мало, оксалатов - мало;

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, альбумины - 62 г/л, глобулины - 20 г/л; креатинин - 86 мкмоль/л; мочевины - 2,7 ммоль/л; АЛАТ - 19 ЕД/л; АсАТ - 34 ЕД/л; глюкоза - 3,57 ммоль/л; холестерин – 4,06 ммоль/л; калий - 4,6 ммоль/л; натрий - 145 ммоль/л; кальций общ. - 2,32 ммоль/л; фосфор - 1,29 ммоль/л; альфа–амилаза - 40 ЕД/л; ЩФ - 262 ЕД/л (N – 70-140).

ЭКГ: повышение электрической активности биопотенциалов левого желудочка, сглаженность зубца Т в отведениях V 5-6.

ЭХО – КГ: пролапс митрального клапана I ст., регургитация I +.

СМАД: – превышение показателей среднего и средненочного САД.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите основные клинические симптомы и результаты инструментальных

исследований, позволившие сформулировать основной диагноз.

3. Какие ещё исследования необходимо провести?
4. Как в норме соотносится АД на руках и на ногах?
5. Укажите нормальные значения АД и ЧСС для девочки 13 лет.
6. Назовите группы гипотензивных препаратов, используемых в педиатрии.
7. Какие органы – мишени поражаются при артериальной гипертензии?
8. К какой группе препаратов относится каптоприл? Укажите его лечебные и возможные побочные эффекты. Из какого расчёта он назначается?
9. Консультации каких специалистов необходимы ребёнку?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 52

К., 11 лет, направлена для обследования в связи с тем, что во время диспансеризации в школе аускультативно были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Девочка жалоб не предъявляла.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически, срочных стремительных родов. Раннее развитие без особенностей. Врачами-специалистами не наблюдалась. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны лимфатической и дыхательной систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно – тоны сердца удовлетворительной громкости. Выслушиваются экстрасистолы до 5-7 в 1 минуту. ЧСС – 77 в 1 минуту. Стоя и после физической нагрузки (10 приседаний) экстрасистолы исчезают. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Клинический анализ крови: Нб 120 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: синусовый ритм с частотой 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с предшествующим отрицательным зубцом Т в отведениях I, II, avL, с полной компенсаторной паузой. После физической нагрузки и в ортостазе экстрасистолы исчезают.

ЭхоКГ: размеры полостей сердца не увеличены. Фракция выброса левого желудочка составляет 70%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы возможные причины развития изменений со стороны сердца.
3. Какие обследования следует провести пациенту.

4. Какие положения следует уточнить в анамнезе.
5. С какими специалистами следует проконсультировать ребенка.
6. При каких органических заболеваниях других органов возможны выявленные изменения со стороны сердца
7. Какие функциональные пробы следует проводить детям с экстрасистолией.
8. Какой прогноз у данного пациента
9. Какую терапию Вы предложите ребенку.
10. Перечислите классы антиаритмических препаратов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 53

Больной Р., 1 года 4 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ? Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела 37,2 - 37,5⁰С.

С этого времени мальчик стал вялым, уставал «ходить ножками». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания.

В общем анализе крови: Нб – 100 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я -5 %, с- 47%, э – 1%, б- 1%, м - 3%, л – 43%, СОЭ -11 мм/час. Был госпитализирован с диагнозом: «Железодифцитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении состояние тяжелое. Выражена вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД – 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд/ мин. Печень + 7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Клинический анализ крови: Нб – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи : относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите возможные изменения на ЭКГ
5. Чем Вы можете объяснить отечность голеней, увеличение размеров печени?
6. Чем можно объяснить появление одышки у данного больного?
7. Назначьте лечение данному больному.
8. Какие ошибки были допущены на догоспитальном этапе ведения данного больного
9. Каков прогноз данного заболевания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 54

Т., 1 года 2 мес. Поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, самостоятельно ходит с 10 месяцев. В возрасте 11,5 мес. перенес острую респираторно-вирусную инфекцию с подъемом температуры до субфебрильных цифр, катаральными явлениями, абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул). Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Лечился на дому.

Через 2 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал вялым, капризным, появилась бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Данная симптоматика расценивалась как проявление железодефицитной анемии и ребенок получал лечение мальтофером в домашних условиях. Несмотря на проводимую терапию состояние ухудшалось: появились симптомы беспокойства и кашля в ночные часы, рвота, усилилась бледность кожных покровов, резко снизился аппетит. Ребенок госпитализирован для обследования и лечения.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое: мальчик вялый, неохотно контактирует при осмотре, покашливает. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, периоральный цианоз. Частота дыхания 44 в 1 мин. Перкуторный звук ясный, легочный. В легких выслушивается крепитация в нижних отделах по задней поверхности. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – 2 ребро. ЧСС- 140 ударов в 1 мин. Тоны сердца приглушены, особенно I тон в области верхушки сердца. На верхушке выслушивается систолический шум средней интенсивности, связанный с I тоном, занимающий 1/3 систолы. Выслушивается «ритм галопа». Во время осмотра отмечалась однократная рвота. Живот при осмотре мягкий. Печень +6 см по правой средне-ключичной линии, пальпируется край селезенки. Видимых отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв - 110 г/л, Эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $5,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я.-56 %, л - 40%. м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: ЧСС-140 в 1 мин. Угол α составляет -5° . Вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях снижен. Признаки P-mitrale. $RV5 < RV6$. Депрессия сегмента ST и инверсия зубца T в I, II, aVL, V5, V6.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.

ДЭХОКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия. Фракция выброса левого желудочка составляет 40%. Регургитация через митральный клапан 1,5+.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования и сопоставьте их с клинической картиной заболевания.
3. С какой патологией необходимо проведение дифференциальной диагностики.
4. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если нуждается, то составьте его план.
5. Какие изменения могут быть получены в результате проведенного дополнительного обследования?
6. Составьте план лечения ребенка.
7. Подтверждает ли гемограмма предполагаемый вами диагноз? Объясните
8. Чем обусловлены такие симптомы как боли в животе и рвота?
9. Возможен ли врожденный характер заболевания?
10. Каков морфологический субстрат заболевания?
11. Что такое «ритм галопа»?
12. Возможные исходы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 55

Маша И., 8 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до $37,5-38,2^\circ\text{C}$. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб.

Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в положении стоя. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $4,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, л - 48%. м - 2%, э – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Иммунологические показатели: АСЛ-О – 1:2500

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС-88 в 1 мин. Ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
7. В каком возрасте обычно дебютирует данное заболевание.
8. Что является показанием для назначения кортикостероидной терапии
9. Перечислите мероприятия по профилактике рецидивов настоящего заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 56

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

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

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин. при ходьбе, которая уменьшается до 24 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3

систола; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II - III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений – 100 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

Клинический анализ крови: Нв - 115 г/л, Эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк.- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

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

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR - 0,18 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
8. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
9. Назовите место проекции митрального клапана.
10. Назовите место проекции аортального клапана.
11. Какими методами можно выявить наличие скрытых отеков?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 57

Н., 7 лет. Поступила в стационар в связи с жалобами на слабость, повышенную потливость, преимущественно ночью, снижение аппетита, длительные субфебрилитет. Из анамнеза известно, что данные жалобы появились после экстракции зуба 4 недели назад. Самостоятельное применение жаропонижающих средств приводило к кратковременному понижению температуры, но общие жалобы сохранялись.

Из анамнеза жизни: В возрасте 1 мес был выявлен систолический шум с точкой максимального выслушивания в IV-V межреберье слева от грудины. Эхокардиографически был подтвержден врожденный порок сердца бледного типа: подаортальный дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров без признаков сердечной недостаточности. Ребенок наблюдался кардиологом и 1 раз в год осматривался кардиохирургом. Лечения не получал, в кардиохирургической коррекции не нуждался.

При поступлении: состояние больной тяжелое. Выражена бледность кожных покровов. Отмечается одышка в покое до 34 в 1 минуту. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный, расположен в IV-V межреберье слева от грудины на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В III-IV межреберье слева у грудины определяется систолическое дрожание, в V межреберье слева – диастолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости перкуторно расширены на 2 см влево. В III-IV межреберье слева выслушивается систолический шум скребущего тембра, во II-III межреберье слева – протодиастолический шум, который проводится вдоль левого края грудины. ЧСС – 100 ударов в 1 мин. АД – 115/40 мм рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л, Эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $12,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 37%, л - 50%, м - 3%, э – 3%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок – 0,05г/л, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Каков прогноз данного заболевания, чем он определяется
5. Назовите патоморфологические стадии процесса
6. Почему именно данный вариант дефекта межжелудочковой перегородки осложнился появлением указанного заболевания
7. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
8. Назовите место проекции аортального клапана.
9. Составьте план лечения данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 58

Мадина., 12 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-хлетнем возрасте, когда после перенесенного гриппа появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения пониженного питания. Вес 30 кг, рост 146 см. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: отмечается припухлость проксимальных межфаланговых суставов II, III, IV пальцев правой руки, II, III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II, III пальцев левой стопы, деформация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов, больше справа, ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 мин. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот мягкий доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06 г/л, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 11%, α_2 – 10%, β – 5%, γ – 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л

Рентгенограмма правого коленного сустава: определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?
6. Составьте план лечения больного.
7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
8. Показано ли проведение в данном случае проведение пульс-терапии?
9. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
10. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

Роза, 6 лет, поступила в отделение повторно с жалобами на лихорадку до 39°C в течение последних 7 дней, боли в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение движений в них, утреннюю скованность.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 1 года 6 месяцев, когда через 10 дней после ревакцинации АКДС повысилась температура до 39 – 40°C, появилась пятнистая сыпь, преимущественно на туловище в зоне «декольте», усиливающаяся на высоте температуры, отечность проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, обоих лучезапястных, локтевых, голеностопных и коленных суставов. В анализах крови значительное увеличение СОЭ (до 65 мм/ч), лейкоцитоз до $10,7 \times 10^9/\text{л}$, гипохромная анемия (гемоглобин 86 г/л). Состояние стабилизировалось на фоне проведения пульс-терапии метипредом в сочетании с циклофосфаном. В дальнейшем девочка получала нестероидные противовоспалительные препараты, преднизолон, метотрексат с отчетливым положительным эффектом – суставной синдром представлен в основном пролиферативными изменениями, сыпи нет, признаков лабораторной активности не отмечается. Настоящее ухудшение связано с самостоятельной полной отменой гормональной терапии.

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит. Правильного телосложения, пониженного питания. Сыпи нет. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые лимфоузлы. Суставы: отмечается болезненность в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение объема движений в них, деформация обоих голеностопных, обоих коленных суставов, сгибательная контрактура в коленных суставах, больше справа; дефигурация проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей, ульнарная девиация, ограничение сгибания в шейном отделе позвоночника, болезненность при жевании в челюстно-височных суставах. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны достаточно звучные, небольшой, изменчивый систолический шум в V точке. Печень +3см, пальпация безболезненная, пальпируется край селезенки.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $11,6 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 3%, СОЭ – 54 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 12%, α_2 – 10%, β – 6%, γ – 26%; серомукоид – 1,2 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л

Иммунологическое исследование крови: РФ - отр, анти-ДНК – 11, АНФ – отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
3. Какие еще обследования следует провести больному?
4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. Составьте план лечения больного.
6. Показано ли проведение в данном случае проведение пульс-терапии?
7. Нуждается ли данный ребенок в санаторном лечении?
8. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
9. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 60

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца и приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 – 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после смерти бабушки. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: у матери – нейроциркуляторная дистония, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре активен. Температура нормальная. Кожные покровы чистые с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 60 ударов в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Ортнера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

ОАК: Нб – 110 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 53%, э – 6%, л – 35%, м – 2%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, белок – abs, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРБ +, АСЛ-О – 1:625, АСГ – 1:300, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АлАТ – 40 Ед/л, АсАТ – 35 Ед/л.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в 1 мин. нормальное положение

электрической оси сердца. Миграция водителя ритма, синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя увеличение ЧСС до 96 ударов в 1 мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
4. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
5. Обоснуйте Ваше мнение относительно причины кардиалгий у больного.
6. Каковы принципы лечения данного заболевания?
7. Каков прогноз данного заболевания?
8. При каких заболеваниях у детей могут отмечаться жалобы на боли в груди?
9. Какие специалисты должны наблюдать ребенка на участке?
10. Как изменяется артериальное давление с возрастом ребенка?

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий Правильность выбора дополнительных методов	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

№	Наименование показателя	Оценка (в %)
ФОРМА		20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри	0-10
СОДЕРЖАНИЕ		60
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы в основной части (раскрытие основных положений через системц аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10

3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

№	Наименование показателя	Оценка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85-100%
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3.	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75-84%
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60-74 %
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заклученные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Заклученные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	

5	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
6	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	Менее 60%
2	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
3	Выводы не вытекают из основной части	
4	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
5	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
6	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

		Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	Среднее арифм. (сумма баллов/3)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной

программе;

- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе. « менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у детей;
- современные классификации детских болезней.
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;
- принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;

Аспирант продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у детей;
- современные классификации детских болезней.
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;
- принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях;

- принципы диспансеризации и реабилитации больных;

Аспирант демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний у детей;
- современные классификации детских болезней.
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования;
- принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

**Технологическая карта дисциплины
«Педиатрия»
Курс 3, семестр 5, ЗЕ – 3, Отчетность – экзамен**

Название модулей дисциплины	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
1. Принципы организации медицинской помощи и санитарной статистики детского населения	Текущий контроль	Опрос. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.</i>	2	4	
	Рубежный контроль	Тесты, ситуационная задача. Защита реферата	3	6	
Модуль 2					
2. Основы превентивной педиатрии	Текущий контроль	Опрос. Клинический разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.</i>	2	4	
	Рубежный контроль	Теоретический опрос	3	6	
Модуль 3					
3. Физиология растущего организма	Текущий контроль	Опрос. Клинический разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл.</i>	2	4	
	Рубежный контроль	Тесты. Защита презентации;	3	6	
Модуль 4					
4. Питание	Текущий контроль	Опрос. Клинический	2	4	

здоровых и больных детей	контроль	разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>			
	Рубежный контроль	Защита реферата; Тесты	3	6	
Модуль 5.					
5. Физиология и патология новорожденных	Текущий контроль	Опрос. Клинический разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>	2	4	
	Рубежный контроль	Защита презентации; Тесты	3	6	
Модуль 6					
6. Болезни детей младшего возраста	Текущий контроль	Опрос. Клинический разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>	2	4	
	Рубежный контроль	Защита презентации; Теоретический опрос	3	6	
Модуль 7					
7. Болезни детей старшего возраста	Текущий контроль	Опрос. Клинический разбор тематического больного. Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>	5	4	
	Рубежный	Защита презентации;	5	6	

	контроль	Теоретический опрос			
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен)	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача;		20	30	
Итоговый рейтинг по дисциплине			60	100	