

Госпитальная педиатрия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Педиатрии
Учебный план	31050250_15_24пд.рлх 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Общая трудоемкость	11 ЗЕТ

Часов по учебному плану	396
в том числе:	
аудиторные занятия	234
самостоятельная работа	126
экзамены	36

Виды контроля в семестрах:
экзамены 12
зачеты 11

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	11 (6.1)		12 (6.2)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд		
Неделя	18		20			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18	36	36
Практические	90	90	108	108	198	198
В том числе	5	5	10	10	15	15
Итого ауд.	108	108	126	126	234	234
Контактная	108	108	126	126	234	234
Сам. работа	72	72	54	54	126	126
Часы на			36	36	36	36
Итого	180	180	216	216	396	396

Программу составил(и):

д.м.н, профессор, Боконбаева С.Дж. С.Дж. Боконбаева; к.м.н, доцент, Шайдерова И.Г. И.Г. Шайдерова; к.м.н, доцент, Афанасенко Г.П. Г.П. Афанасенко

Рецензент(ы):

доцент кафедры госпитальной педиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева., Мустапаева Ж.Ш. Ж.Ш. Мустапаева; к.м.н, доцент кафедры Детская хирургия КРСУ, Пороцкая В.Н. В.Н. Пороцкая

Рабочая программа дисциплины

Госпитальная педиатрия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 19.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Педиатрии

Протокол от 15 09 2015 г. № 3

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

Зав. кафедрой Зав. каф. проф. Боконбаева С.Дж.

С.Дж. Боконбаева

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11 2016 г.*Зар*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 15.09 2016 г. № 3Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж. *(С.Дж.)*

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

14.10 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 14.05 2017 г. № 11Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж. *(С.Дж.)*

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12.10 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 18.05 2018 г. № 11

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от _____ 2019 г. № ____

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4.09. 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 10.05 2019 г. № 11
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Сформировать у студентов фундаментальные знания патологии детского организма с его возрастными особенностями Научить владеть необходимыми практическими навыками и умениями диагностики, лечения, профилактики основных заболеваний детского возраста.
1.2	Формирование и развитие у студентов по специальности «педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
2.1.2	Клиническая практика (Помощник врача детской поликлиники)
2.1.3	Конфликтология
2.1.4	Факультетская педиатрия
2.1.5	Клиническая практика (Помощник врача стационара)
2.1.6	Детская рентгенология
2.1.7	Латинский язык
2.1.8	Пропедевтика детских болезней
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.2	Поликлиническая и неотложная педиатрия
2.2.3	Госпитальная педиатрия
2.2.4	Стандарты диагностики и лечения

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

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

Знать:

Уровень 1	Методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм
Уровень 2	Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ).
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику в дифференциальной диагностике различных нозологических формам в соответствии с (МКБ)

Уметь:

Уровень 1	Осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний.
Уровень 2	Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ).
Уровень 3	Отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов заболеваний

Владеть:

Уровень 1	Навыками выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний.
Уровень 2	Приемами поиска и выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ).
Уровень 3	Навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с (МКБ).

ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**Знать:**

Уровень 1	Основные методы лечебных приемов
Уровень 2	Основные виды и методы лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Уровень 3	Специфику лечения детей и подростков

Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть смысл определения тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Уровень 2	Провести сравнение различных видов и методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Уровень 3	Отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Владеть:	
Уровень 1	Навыками определения тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Уровень 2	Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами
Уровень 3	Навыками выражения и обоснования индивидуальной тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Определение основного заболевания.
3.1.2	Определение сопутствующего заболевания
3.1.3	Определение преморбидного фона.
3.1.4	Определение дифференциально-диагностического ряда.
3.1.5	Дифференциальную диагностику и тактику ведения болезней, ассоциированных с ростом (рахит, спазмофилия, аномалии конституции, хронические расстройства питания, анемии у детей раннего возраста. Диагностику и принципы ведения детей с тяжёлыми нарушениями питания.
3.1.6	Актуальные проблемы профилактики преморбидных состояний у детей раннего возраста
3.1.7	Дифференциальную диагностику заболеваний соединительной ткани у детей
3.1.8	Дифференциальную диагностику респираторных аллергозов у детей. Генерализованные формы аллергозов у детей.
3.1.9	Дифференциальную диагностику сердечной недостаточности у детей (ОСН, ХСН)
3.1.10	Дифференциальную диагностику заболеваний соединительной ткани у детей
3.1.11	Дифференциальную диагностику врожденных пороков сердца у детей
3.1.12	Дифференциальную диагностику поражений суставов у детей.
3.1.13	Дифференциальную диагностику и тактику ведения мочевого синдрома у детей.
3.1.14	Неотложные состояния в детской нефрологии.
3.1.15	Дифференциальную диагностику болей в животе.
3.1.16	Дифференциальную диагностику ферментопатий у детей.
3.1.17	Дифференциальную диагностику и тактику ведения анемий у детей
3.1.18	Дифференциальную диагностику геморрагических диатезов у детей.
3.1.19	Дифференциальную диагностику нарушений роста у детей.
3.2	Уметь:
3.2.1	Оценивать: жалобы больного; целенаправленно собранные анамнестические данные; статус больного с учетом осмотра и основных симптомов болезни; неотложные признаки, приоритетные признаки.
3.2.2	Осуществлять: обоснование предварительного диагноза.
3.2.3	Определить дифференциально-диагностический ряд.
3.2.4	Назначить плана обследования; интерпретировать данные лабораторных и функциональных методов обследования; проведение дифференциального диагноза; обоснование клинического диагноза с выделением сопутствующих заболеваний и преморбидных состояний; обоснование заключительного диагноза; определение плана лечения больного; расчет дозы лекарственных препаратов.
3.2.5	Оформлять документацию: историю болезни курируемого больного; этапный эпикриз; выписку из истории болезни; клиническую идентификационную форму (КИФ).
3.2.6	Организовывать оздоровительные мероприятия.
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами доверительного психологического контакта с ребёнком и его родителями.
3.3.2	Медицинской этикой и деонтологией
3.3.3	Методами общеклинического обследования исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.

3.3.4	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики
3.3.5	Алгоритмом постановки предварительного диагноза ,определение дифференциально-диагностического ряда; назначение плана обследования
3.3.6	Алгоритмом развернутого клинического диагноза
3.3.7	Алгоритмом выбора лекарственной терапии
3.3.8	Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.
3.3.9	Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи больным детям при неотложных состояниях.
3.3.10	Оформлять документацию: историю болезни курируемого больного; этапный эпикриз; выписку из истории болезни;
3.3.11	Организовывать оздоровительные мероприятия.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Дифференциальная диагностика заболеваний раннего возраста						
1.1	Дифференциальная диагностика различных типов рахита. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л2.4 Э1 Э2 Э5	0	
1.2	Дифференциальная диагностика различных типов рахита. /Пр/	11	10	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	
1.3	Частота встречаемости рахита в странах Европы и Азии в XXI веке. Диагностика рахита различной степени тяжести и остроты течения с оценкой биохимических анализов крови и рентгенограмм зон роста. Составление плана лечения и профилактических мероприятий. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	оценка практических навыков в выявлении признаков рахита
1.4	Рахитоподобные заболевания.Псевдогипопаратиреозы, врожденная ломкость костей, тубулопатии. Этиопатогенез, дифференциальный диагноз– Диагностика витамин Dрезистентного, витамин-D-зависимого рахита в Кыргызстане. / /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5	0	реферат
1.5	Дифференциальная диагностика судорожного синдрома у детей раннего возраста. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	
1.6	Дифференциальная диагностика судорожного синдрома у детей раннего возраста. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э5	0	
1.7	Лечение судорожных состояний у детей раннего возраста в условиях стационара ГДКБСМП на современном этапе. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	работа с историями болезни
1.8	Дифференциальная диагностика хронических нарушений питания у детей раннего возраста. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	принести сантиметровую ленту.
1.9	Сопутствующая патология у детей с нарушением питания в современных условиях. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	работа с историями болезни
	Раздел 2. Дифференциальная диагностика Бронхообструктивного синдрома						

2.1	Бронхолегочные заболевания у детей с врожденной ферментативной недостаточностью. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.2 Л2.1 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	0	
2.2	Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.1 Л2.1 Л2.5 Л2.2 Э5 Э6 Э8 Э9	0	Просмотр фильма.
2.3	Бронхообструктивный синдром у детей. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.1 Л2.2 Л2.1 Э5 Э6 Э8 Э9	0	оценка практических навыков
2.4	Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.1 Л2.2 Л2.5 Л2.1 Э5 Э6 Э8 Э9	0	
2.5	Бронхолегочные заболевания, обусловленные врожденной ферментативной недостаточностью (муковисцидоз, дефицит альфа-1-антитрипсина). /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Э5 Э6 Э8 Э9	0	
2.6	Муковисцидоз. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э5 Э6	0	доклад с презентацией
2.7	Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л2.2 Л2.1 Э8 Э9	5	Работа в ЦИПО проведение аускультации на манекенах.
2.8	Неблагоприятный преморбидный фон у детей. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э8	0	написание реферата
2.9	Альвеолиты. Токсический фиброзирующий альвеолит, идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммана-Рича). Экзогенный альвеолит Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Исходы. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э5 Э6 Э9	0	Принести фонендоскопы ,секундомеры.
2.10	Синдром Хаммана-Рича. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Исходы. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л2.2 Э5 Э6	0	доклад с презентацией
	Раздел 3. «Неонатология»						
3.1	Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.4 Л1.3 Э5 Э6	0	
3.2	Желтухи периода новорожденности. Дифференциальная диагностика /Пр/	11	5	ПК-8 ПК-6	Э5 Э6	5	Принести сменную обувь, хирургическую форму, маски, чепчики.
3.3	Желтухи периода новорожденности. Диф. диагностика. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	курация больных с различными видами желтух. Овладение клинико-лабораторной оценкой желтух различного генеза.

3.4	Эндокринопатии новорожденных. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.4 Л1.3 Э5 Э6	0	
3.5	Эндокринопатии новорожденных. Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Заболевания надпочечников. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.4 Л1.3 Э5 Э6	0	
3.6	Эндокринопатии новорожденных. Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Заболевания надпочечников. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.4 Л1.3 Э5 Э6	0	закрепление навыков диагностики эндокринопатий новорожденных
3.7	Выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тел /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	
3.8	Выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	Принести сменную обувь, маски, чепчики, хирургическую форму
3.9	Выхаживание и уход новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	закрепление навыков диагностики недоношенности различной степени тяжести. Освоение принципов выхаживания недоношенных детей двухэтапным методом с учетом особенностей вскармливания.
3.10	Неотложные состояния в неонатологии. Шоки. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика шоков различного генеза. Лечение. /Пр/	11	5	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	Принести сменную форму
3.11	Неотложные состояния и их лечение у новорожденных. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Э5 Э6	0	закрепление умений диагностики, овладение техникой проведения реанимационных мероприятий у новорожденных с неотложными состояниями.
	Раздел 4. Дифференциальная диагностика функциональных и органических заболеваний пищеварительной системы у детей						

4.1	Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с врожденными и приобретенными ферментопатиями (дисахаридазная недостаточность, целиакия, экссудативная энтеропатия, кишечная форма муковисцидоза). /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
4.2	Дифференциальная диагностика синдрома абдоминальной боли. Функциональные и органические заболевания пищеварительной системы у детей. /Пр/	11	10	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э6 Э10	0	
4.3	Новые технологии в диагностике и лечении гастроэнтеральной патологии /Ср/	11	8	ПК-6 ПК-8	Э6 Э10	0	доклад с презентацией
4.4	Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с врожденными и приобретенными ферментопатиями (дисахаридазная недостаточность, целиакия, экссудативная энтеропатия, кишечная форма муковисцидоза, синдром панкреатической недостаточности). /Пр/	11	10	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	
4.5	Панкреатопатии – диспанкреатизм, реактивный панкреатит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, диф.диагноз. /Ср/	11	8	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
Раздел 5. Иммунодефицитные состояния у детей							
5.1	Иммунодефицитные состояния у детей /Лек/	11	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
5.2	Иммунодефицитные состояния у детей /Пр/	11	10	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
5.3	Иммунодефицитные состояния у детей. /Ср/	11	4	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	доклад с презентацией
5.4	Генерализованные аллергические реакции у детей. /Ср/	11	3,7	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	оценка практических навыков
5.5	/КрТО/	11	0,3			0	
5.6	/Зачёт/	11	0		Л1.4 Л1.5 Л1.2 Л1.3 Л2.5 Л2.1 Л2.2	0	
Раздел 6. Дифференциальная диагностика аллергических заболеваний у детей							
6.1	Дифференциальная диагностика респираторных аллергозов у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.2 Э2 Э5 Э6	0	
6.2	Генерализованные аллергические реакции у детей /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э2 Э5 Э6	0	
6.3	Определение, значение пищевой сенсibilизации для педиатрической практики, характеристика пищевых аллергенов /Ср/	12	3	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э2 Э5 Э6	0	
6.4	Генерализованные формы аллергозов у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э2 Э4 Э5	0	

6.5	Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией: определение, значение пищевой сенсibilизации для педиатрической практики, характеристика пищевых аллергенов, особенности патогенеза, классификация, клиническое проявление, диагностика, лечение и профилактика. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э2 Э5 Э6	0	
6.6	Бронхиальная астма. Современные взгляды на патогенез. Лечение в приступном периоде, новые возможности базисной терапии. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э4	0	написание реферата
6.7	Дифференциальная диагностика респираторных аллергозов. Распространенность, этиологический спектр, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.2 Э4	6	Работа в ЦИПО. Отработка практических навыков на манекене
Раздел 7. Дифференциальная диагностика синдромов заболевания крови у детей							
7.1	Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	
7.2	Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с анемическим синдромом (дефицитные, гемолитические, постгеморрагические, апластические анемии). /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	
7.3	Врожденные и приобретенные гипо – и апластические анемии /Ср/	12	3	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	курация больного или написание реферата
7.4	Лейкемоидные реакции у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
7.5	Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с геморрагическим синдромом (вазопатии, тромбоцитопатии и тромбоцитопении, коагулопатии, ДВСсиндром). /Пр/	12	12	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	посещение лаборатории, проведение лабораторных исследований крови.
7.6	Синдром Диссеминированного внутрисосудистого свертывания. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	знакомство с больными в отд. РИТ, клинические симптомы заболевания, диагностика, терапия.
7.7	Лейкемоидные реакции у детей. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
7.8	Лейкемоидные реакции в детском возрасте. /Ср/	12	3	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	анализ историй болезни детей с лейкемоидными реакциями. Провести диф. диагностику с лейкозами.

	Раздел 8. Дифференциальная диагностика ревматических и не ревматических заболеваний ССС у детей						
8.1	Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Значение эхокардиографического метода, основные параметры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. /Пр/ /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Л2.3 Э5 Э6	0	Принести фонендоскопы, тонометр, секундомер.
8.2	Диагностика и диф.диагностика приобретенных пороков сердца. Значение ЭКГ, Эхо КГ, R-графии, ангиографии и др. методов исследования. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.3 Л2.4 Э5 Э6	0	
8.3	Диф. диагностика ревматических и неревматических поражений сердца у детей: заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии), эндокардиты, перикардиты, приобретенные пороки сердца, миокардиодистрофии (электролитные, гипоксические и другие). /Пр/ /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э5 Э6	0	Принести тонометр, фонендоскопы, секундомер.
8.4	Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА. Современные методы лечения. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
8.5	Синдром артериальной гипертензии. Классификация. Первичные артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Вторичные артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий у детей /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
8.6	Артериальная гипертензия. Первичные артериальные гипертензии. Вторичные артериальные гипертензии. /Ср/	12	3	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	написание реферата
	Раздел 9. ЭКГ при различных патологических процессах ССС						
9.1	ЭКГ (анализ ЭКГ, ЭКГ здоровых детей в различные возрастные периоды, ЭКГ - признаки гипертрофии различных отделов сердца, нарушения ритма и проводимости сердца). /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э5 Э6	0	
9.2	ЭКГ (анализ ЭКГ, ЭКГ здоровых детей в различные возрастные периоды, ЭКГ - признаки гипертрофии различных отделов сердца. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.3 Л2.5 Э5 Э6	0	Принести линейку для подсчета
9.3	ЭКГ (анализ ЭКГ, ЭКГ здоровых детей в различные возрастные периоды, ЭКГ - признаки патологии. /Ср/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.4 Л2.5 Э5 Э6	0	анализ ЭКГ

9.4	Дифференциальная диагностика нарушений сердечного ритма и проводимости у детей. Неотложная помощь при пароксизмальных нарушениях ритма. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.4 Л2.5 Э5 Э6	0	принести линейку для подсчета ЭКГ
9.5	Неотложная помощь при пароксизмальных нарушениях ритма. /Ср/	12	3	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.4 Л2.5 Э5 Э6	0	написание реферата
	Раздел 10. Диффузные болезни соединительной ткани у детей						
10.1	Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с заболеваниями соединительной ткани (СКВ, системная склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит, системные васкулиты). /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э5 Э6	0	
10.2	Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы Диагностические критерии ЮРА Современные методы лечения. Отличительные особенности течения ЮРА у подростков. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л2.5 Э5 Э6	0	
10.3	Диффузные заболевания соединительной ткани. Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Современные подходы к лечению. Дифференциальная диагностика системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов у детей /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	Принести фонендоскоп, тонометр.
	Раздел 11. Дифференциальная диагностика поражения почек у дете						
11.1	Дифференциальная диагностика и тактика ведения мочевого синдрома у детей. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э6	0	
11.2	Дифференциальная диагностика микро- и макрогематурии при поражениях почек и мочевыводящих путей у детей. Протеинурия. Понятие об органической и функциональной протеинурии /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э7	0	
11.3	Дифференциальная диагностика микро- и макрогематурии при поражениях почек и мочевыводящих путей у детей. Протеинурия. Лейкоцитурия. Кристаллурия. /Ср/	12	12,5	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2	0	доклад с презентацией
11.4	Неотложные состояния в детской нефрологии. /Лек/	12	2	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э5	0	

11.5	Лейкоцитурия. Дифференциальная диагностика бактериальной и абактериальной лейкоцитурии при инфекциях мочевыводящих путей, пиелонефритах, интерстициальных нефритах у детей /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.5 Л1.2 Л2.5 Э2 Э5 Э7	5	
11.6	Криталлурия. Дифференциальная диагностика оксалурии, уратурии, фосфатурии, аминокацидурии у детей. Тактика ведения /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э5 Э7	5	
11.7	Гемодиализ. Показания и противопоказания. Почечнозаместительная терапия у детей. /Пр/	12	6	ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.5 Л2.5 Э1 Э2 Э5 Э7	0	
11.8	Острое повреждение почек у детей. Хроническая болезнь почек у детей. /Ср/	12	2,5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э1 Э2 Э6 Э7	0	доклад с презентацией
11.9	/КрЭж/	12	0,5			0	
11.10	/Экзамен/	12	35,5	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Госпитальная педиатрия (11-12 семестр)

Вопросы для проверки уровня обучения "ЗНАТЬ", "УМЕТЬ" и "ВЛАДЕТЬ":

Проводится в виде комплексного ситуационного задания по госпитальной педиатрии (Приложение №1)

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено учебным планом

5.3. Фонд оценочных средств

Тесты (Приложение №2)

Ситуационные задачи (Приложение №3)

Фронтальный опрос (Приложение №4)

Курация больного (Приложение №5)

Реферат (Приложение №6)

Презентация (Приложение №7)

ЭКГ (Приложение №8)

История болезни (Приложение №9)

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест

Ситуационные задачи

Фронтальный опрос

Презентация

Реферат

Курация больного

История болезни

ЭКГ

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложении №10.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложении №10. Шкалы оценивания

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Шабалов Н.П.	Т. 1 Детские болезни; : учебник	Питер СПб 2009
Л1.2	Шабалов Н.П.	Т. 2 Детские болезни; : учебник	Питер СПб 2009

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.3	Володин Н.Н.	Неонатология	Питер 2009
Л1.4	Боконбаева С.Дж.	Болезни новорожденных детей: учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л1.5	Ляликов С.А.	Педиатрия. : учебное пособие	Минск: Вышэйшая школа 2012
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	К.М. Мыкыев, Д.С. Кочкунов	Острые бактериальные деструкции легких (ОБДЛ) у детей: Методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультета: учебное пособие	Бишкек издательство КРСУ 2015
Л2.2	Кабаева Д.Д., Саатова Г.М., Наричына Л.М	Актуальные аспекты лечения острых бронхолегочных заболеваний у детей. : Методические рекомендации.	НЦОМид 2012
Л2.3	Н.М. Алдашева	Факторы риска формирования врожденных пороков развития в Кыргызской Республике и вопросы их профилактики: монография	Бишкек изд-во КРСУ 2011
Л2.4	С.Дж. Боконбаева, Т.Д. Счастливая, Х.М. Сушанло и др.	для итоговой государственной аттестации выпускников педиатрического отделения медицинского факультета КРСУ по специальности 14 00 09 "Педиатрия". : учебное пособие	Бишкек изд-во КРСУ 2010
Л2.5	Под ред. Г.А. Самсыгиной	Педиатрия. Избранные лекции: учебное пособие	М. : ГЭОТАР-Медиа 2008
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 5. Муковисцидоз [Электронный ресурс] / О.И. Симонова [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — М. : ПедиатрЪ, 2014. — 84 с. — 978-5-906332-18-9.		http://www.iprbookshop.ru/0517.html
Э2	Намазова-Баранова Л.С. Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 6. Атопический дерматит [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Л.С. НамазоваБаранова. — Э2014электрон. текстовые данные. — М. : ПедиатрЪ, 2014. — 72 с. — 978-5-906332-20-2. Намазова-Баранова Л.С. Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 6. Атопический дерматит [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Л.С. НамазоваБаранова. — Э2014электрон. текстовые данные. — М. : ПедиатрЪ, 2014. — 72 с. — 978-5-906332-20-2.		http://www.iprbookshop.ru/0503.html
Э3	Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 7. Диагностика и лечение хронического гепатита у детей и подростков [Электронный ресурс] : пособие для врачей / А.А. Баранов [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — М. : ПедиатрЪ, 2014. — 52 с. — 978-5-906332-29-5		http://www.iprbookshop.ru/0510.html
Э4	Намазова-Баранова Л.С. Болезни детского возраста от А до Я. Выпуск 8. Бронхиальная астма [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Л.С. НамазоваБаранова. — Электрон. текстовые данные. — М. : Педиатр, 2014. — 64 с. — 978-5-906332-27-1.		http://www.iprbookshop.ru/0505.html
Э5	Гаврилова Н.В. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н.В. Гаврилова. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Научная книга, 2012. — 159 с. — 2227-8397. — Режим доступа:		http://www.iprbookshop.ru/8182.ht
Э6	Детские болезни. Избранные лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / . — Электрон. текстовые данные. — Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011. — 147 с. — 2227-8397.		http://www.iprbookshop.ru/55311.html
Э7	Педиатрия. Интерпретация лабораторных методов диагностики у детей в норме и патологии [Электронный ресурс] : методические рекомендации / И.Н. Гаймоленко [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2010. — 74 с. — 2227-8397		Педиатрия. Интерпретация
Э8	Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов педиатрического факультета / М.А. Скачкова [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 86 с. — 2227-8397		http://www.iprbookshop.ru/31814.html
Э9	Альвеолиты у детей [Электронный ресурс] : учебное пособие для практических занятий студентов педиатрического факультета / М.А. Скачкова [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 57 с. — 2227-8397.		http://www.iprbookshop.ru/31813.html
Э10	Помыткина Т.Е. Рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации язвенной болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т.Е. Помыткина. — Электрон. текстовые данные. — Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2008. — 72 с. — 2227-8397		http://www.iprbookshop.ru/6207.html

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий	
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии	
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные, прежде всего, на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов.
6.3.1.2	Практические занятия проводятся в учебных комнатах на базе НЦОМид и ГДКБСМП с обязательным посещением отделений с демонстрацией и курацией тематических пациентов.
6.3.1.3	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач.
6.3.1.4	К ним относятся занятия в симуляционном муляжном центре (ЦИПО), и также практические занятия на которых используется методика мозгового штурма.
6.3.1.5	Информационные образовательные технологии – комплекс методов, способов и средств, обеспечивающих работу с информацией и включающих в себя обработку, хранение, передачу и отображение информации и неразрывно связанных с применением вычислительной техники, коммуникативных сетей и пр. (самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы). Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	http://www.prlib.ru/Pages/about_new.aspx
6.3.2.2	http://www.kyrlibnet.kg
6.3.2.3	http://www.dlib/eastview.com
6.3.2.4	http://www.iprbooksshop.ru
6.3.2.5	http://www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.6	http://www.polpred.com/news

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Дисциплина преподается на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), вторичного уровня ЛПУ. Имеют 6 специализированных отделений: отделение неотложной соматологии, отделение неотложной неврологии, отделение неотложной неонатологии, реанимации новорожденных, ЛОР отделение, отделение патологии почек, коечный фонд - 200 коек. Имеются 3 стандартно оборудованных аудитории с 12-30 посадочными местами (блок парты, меловая, маркерная доски, компьютер), лекционный зал на 120 посадочных мест(блок парты, маркерная доска, ноутбук, проектор, микрофон).
7.2	У студентов имеется доступ к информационным стендам (1 шт.), плакатам (10шт),электронной библиотеке (30 учебников),учебным фильмам (10 шт.),базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).
7.3	На базе Национального центра охраны материнства и детства (ЛПУ третичного уровня).
7.4	Имеются 9 специализированных отделений: отделение острой респираторной патологии, отделение гастроэнтерологии, отделение аллергологии, отделение гематологии, отделение кардиоревматологии, отделение эндокринологии, отделение нефрологии, отделение патологии новорожденных, отделение реанимации, коечный фонд – 230 коек. Имеется 8 стандартно оборудованных аудиторий с 96 посадочными местами (блок парты, меловые, маркерные доски).
7.5	У студентов имеется доступ к плакатам (70шт), электронной библиотеке (30 учебников),учебным фильмам (10 шт.),базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, R-граммы).
7.6	На базе Городского перинатального центра, вторичного уровня ЛПУ. Имеются 3 специализированных отделения: отделение «Мать и дитя», отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделение реанимации, коечный фонд – 100 коек. Имеется 1 стандартно оборудованная аудитория на 12 посадочных мест (блок парты, маркерная доска, ноутбук). У студентов имеется доступ к плакатам (10шт), электронной библиотеке (30 учебников),учебным фильмам (5 шт.), базе клинического материала (истории болезни, лабораторные анализы, Rграммы).

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
Технологическая карта дисциплины в Приложении №11.	
Технологическая карта ПД Методические рекомендации по изучению дисциплины Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса Специфика в изучении раздела по госпитальной педиатрии заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных. УП: 31050250_15_24пд.plx стр. 15	
На первом занятии преподаватель доводит до сведения студентов те условия и требования, которые должны соблюдаться в течение всей работы над дисциплиной. Изучение дисциплины «госпитальной педиатрии» предусматривает освоение 36 тем, которые осуществляются в учебном процессе в виде активных, интерактивных форм, самостоятельной работы, с	

целью формирования и развития у студентов профессиональных навыков. Практические занятия проводятся по каждой теме, каждого раздела рабочей учебной программы. Они могут быть построены как на материале одной лекции, так и на со-держании обзорной лекции, а также по определенной теме без чтения предварительной лекции. Главной и определяющей целью каждого практического занятия является усвое-ние студентом необходимых теоретических знаний по теме занятия и практических уме-ний ра-боты с больным ребенком.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
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 (11 семестр - зачет, 12 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

1. При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно решить комплексное задание по педиатрии содержащее вопросы - (знать) и правильно оценить ситуацию (уметь, владеть).
2. Оценка промежуточного контроля :
- 3.- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия); 4.- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);
- 5.- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

а) переключки;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия; г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

а) фронтальный опрос;

б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%): а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами (курация больного); б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 15-20 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 15-20 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1,2 часа в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3-4 часа.

2. Описание последовательности действий студента Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут). При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут). В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя. 4. Рекомендации по работе с литературой. Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению УП: конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме

«заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них):

о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?

что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролям. Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При

подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий. Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании. Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором и подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение двух недель со дня пропуска (реферат должен быть авторским, и написан «от руки», объем реферата не менее 20 страниц).
Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

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 студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом 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 (разной 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. - 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 за чем-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 придется 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. Студент 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 по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. 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 студента, номер академической группы, 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), включая особую расстановку знаков препинания. 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:

1. Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
2. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
3. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.**ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА**

Задача 1.

Мальчик К, 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы. УП: 31050250_15_24пд.plx стр. 18

Анамнез заболевания: болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами отмечался лающий кашель, осиплость голоса. Лечился амбулаторно по поводу обструктивного бронхита: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых срочных родов, беременность протекала с угрозой выкидыша в первом триместре. Роды путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюнктивитом. Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на выдохе выслушиваются не многочисленные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД 30в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.
4. План лечения.
5. Программа ведения ребенка

Эталон ответа к задаче 1:

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1. Аллергический ринит, персистирующий.

2. Спирограмма с сальбутамолом, пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки, гемограмма, общий и специфический Jg E

3. Отягощенный семейный и личный аллергоанамнез

4. Неотложная терапия: оксигенотерапия, СГКС, повторные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия

5. Элиминация причинных аллергенов, подбор базисной терапии и коррекция ежеквартально

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п 5.3.1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка.

2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.

3. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.)

4. Оценить данные клинических анализов :

- крови (общий анализ, время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов; на сахар); содержание в сыворотке крови - билирубина, АЛТ, АСТ; концентрация электролитов и щелочной фосфатазы; содержание белка и белковых фракции; содержание мочевой кислоты и креатинина; анализ крови на АСЛ-О, серомукоид, СРБ);

- мочи (общий анализ, по Нечипоренко и Каковскому-Аддису, на степень - бактериурии, уролейкоцитогранию); Оценить гликемический профиль; Оценить глюкозурический профиль; Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест; Оценить анализ копрологического исследования; Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием; Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка. Оценить результаты фиброгастроскопии; Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;

5. Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;

6. Оценить физическое развитие детей разного возраста;

7. Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;

8. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики:

- заболеваний периода новорожденности;

- заболеваний у детей раннего возраста;

- врожденных пороков развития;

- задержки физического и психомоторного развития детей;

- острых и хронических заболеваний органов дыхания у детей;

- острых и хронических заболеваний сердечнососудистой системы у детей;

- острых и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей;

- острых и хронических заболеваний билиарной системы у детей;

- острых и хронических заболеваний мочеполовой системы у детей;

- острых и хронических заболеваний эндокринной системы у детей;

- анемий и геморрагических диатезов у детей;

- фоновых заболеваний у детей.

9. Оформлять медицинскую документацию: история болезни ребенка.

Приложение №1

комплексное ситуационное задание по госпитальной педиатрии

(Промежуточный контроль)

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (противоанемические препараты во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина — 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью «Нан», с 5 месяцев введен прикорм — овсяная и манная каши, творог, с 9 месяцев — овощное пюре, с 11 месяцев — мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в Бишкек обратились к врачу, в ОАК обнаружено снижение уровня гемоглобина до 67 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, вялый. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

ОАК: НЬ — 65 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,71, Ретик — 19%, Тромб - 300×10^9 /л, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 16 мм/час. Выражен анизоцитоз эритроцитов.

ОАМ: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки — 6,3 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки — 89,9 мкмоль/л, свободный гемоглобин — не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.

2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение 6. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

К участковому педиатру обратились мать девочки 8 месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита у ребенка. Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов, массой 3500 г, длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II триместра. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 неделя), анемию (34 неделя). Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая - срочными родами. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась до 1 месяца, после чего переведена на искусственное (в связи с гипогалактией у матери). Мать воспитывает детей одна. Семья живет в комнате общежития. Фруктовые соки и пюре введены в 6 месяцев, давались нерегулярно. Прогулки на свежем воздухе не более 1 часа в день. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре в течение 2-х недель. В 4 месяца перенесла ОРВИ. Со слов мамы, в настоящее время ребенок получает в основном кефир и манную кашу.

При осмотре состояние тяжелое, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые бледные, сухие. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Масса тела - 7300 г, длина 62 см. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 150 уд. в 1 минуту. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край мягко-эластичной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный.

Анализ крови общий: Нб 67 г/л, эритроциты $2,89 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,72, Ретик — 10 % , Тромб - 300×10^9 /л, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 10 мм/час анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Биохимия крови: АЛТ 27 ЕД, АСТ 14 ЕД, билирубин 15 мкмоль/л

Протеинограмма: общий белок 77 г/л, альбумины 51%, глобулины: α_1 3,5%, α_2 12,4%, β 15%, γ 17,9 %.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение 6. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Больной 5 лет. Обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движения в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные гематомы. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: НЬ -120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик - 1%, Тромб - 300×10^9 /л, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 63%, э - 3%, л - 22%, м - 9%, СОЭ -12 мм/час.

Длительность кровотечения по Дьюку-1мин 30 сек, Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин. **Коагулограмма:** фибриноген 3,8 г/л, протромбиновый индекс 72%, тромбиновое время 18 сек, растворимые комплексы фибрин-мономера 8 мг%, уровень фактора VIII 2%, IX -75%.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
6. Назначьте лечение больному. 7. Каков прогноз заболевания у данного больного?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз лакунарной ангины, назначил оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей преимущественно на разгибательных поверхностях, ягодицах, мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Коленные и голеностопные суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Тромб - 305×10^9 /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 58%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 32 мкмоль/л, билирубин общий - 20 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Задание 1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.

2. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания у больного.
3. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии?
4. Составьте план лечения больного.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Опишите морфологические изменения в сосудах при данном заболевании.
7. Какие суставы поражаются чаще при данной патологии?
8. Какие еще клинические проявления возможны при данном заболевании?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 5 лет перенес ОРВИ и был направлен в детский сад в удовлетворительном состоянии, однако через 2 недели у него повысилась температура до 38,5°C, появилась кожная сыпь в виде красных пятен на руках и ногах, припухлость и болезненность суставов. Родители обратились к семейному врачу, ребенок был направлен в стационар. При осмотре в приемном

блоке найдена геморрагическая сыпь в виде пятен и папул цвета «красного вина», располагающаяся симметрично на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, отечность, боль локтевых, коленных и голеностопных суставов, На лице и туловище сыпи не отмечено. Коленные и голеностопные суставы отечны, увеличены в объеме, горячие на ощупь, движения в них болезненные. Слизистые оболочки полости рта и носоглотки умеренно гиперемированы, небные миндалины увеличены, полнокровны. Зубы кариозные. Увеличены под челюстные лимфатические узлы до 2 размера, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови НЬ - 119 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Тромб - 305×10^9 /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 42%, э - 5%, л - 43%, м - 7%, СОЭ - 15 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, мочевины - 3,3 ммоль/л, креатинин - 27 мкмоль/л, билирубин общий - 23 мкмоль/л, АСТ - 28 Ед/л, АЛТ - 25 Ед/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-2 в п/з, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.
Осмотрен лор врачом: выявлен хронический тонзиллит.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Что включает в себя лечение данной патологии?
4. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Каков прогноз заболевания в данном случае?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача Больная А., 12

лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых 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.

Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, Эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ретик - 0,2%, Тромб - 40×10^9 /л, Лейк - $1,3 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 4%, л - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток - 11%, эритроидный росток - 8%, мегакарициты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок - следы, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 12-15 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения заболевания .
3. Что включает в себя лечение данной патологии?
4. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Патогенез геморрагического синдрома.
7. Прогноз.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

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

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

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Общий анализ крови: НЬ - 64 г/л, Эр - $2,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 1,1, Ретик -16%, Тромб - 350×10^9 /л, Лейк - $10,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 45%, э - 3%, л - 37%, м - 13%, СОЭ -24 мм/час. 60% эритроцитов имеют сферическую форму. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 82 г/л, билирубин: непрямой - 140,4 мкмоль/л, прямой - нет, свободный гемоглобин - отсутствует.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких данных Вы поставили этот диагноз?
3. Проведите дифдиагностику.
4. Объясните патогенез гемолиза.
5. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?
6. Перечислите осложнения при этом заболевании.
7. Объясните механизм возникновения костных деформаций. 8. Какие лабораторные показатели гемолиза имеются у данного пациента?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

**Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача**

Мальчик 7 лет поступил в клинику с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, бледность, чувство ползания «мурашек» по коже, жжение языка. Считается больным около полугода, в связи с подозрением на железодефицитное состояние амбулаторно проведена пероральная ферротерапия, однако жалобы не исчезли. При осмотре астеничен (за последние полгода похудел на 2 кг, масса 21 кг). Кожа бледная, с иктеричным оттенком, на ногах экхимозы различной степени давности. Язык со сглаженными сосочками. Тоны сердца приглушены, ЧСС 104 в минуту. Печень +3 см, селезенка не пальпируется.

В гемограмме: НЬ - 74 г/л, Эр - $2,7 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 1,3, Ретик -2По, Тромб - 350×10^9 /л, Лейк - $4,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 27%, э - 3%, л - 67%, м - 2%, СОЭ -12 мм/час. макроанизоцитоз, в эритроцитах тельца Жолли, кольца Кебота, единичные мегалобласты, нейтрофилы с гиперсегментированным ядром. В целях дифференциации с апластической анемией сделана стерильная пункция.

В миелограмме: число миелокариоцитов в пунктате повышено, преобладают элементы эритроидного ряда, соотношение лейкоцитарного и эритроцитарного ростков 1:2, тип кроветворения мегалобластический, созревание клеток гранулоцитарного ряда задержано, метамиелоциты гигантских размеров, много мегакариоцитов, нарушен процесс отшнуровки тромбоцитов.

Сывороточные биохимические тесты: сывороточное железо 40 мкмоль/л, витамин В12 - 50. пмоль/л, (норма 148-616 пмоль/л).

В кале определено присутствие продуктов жизнедеятельности широкого лентеца.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения заболевания .
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
6. Назначьте лечение
7. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мама девочки 6 месяцев предъявляет жалобы на бледность, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза: родилась от седьмой беременности, вторых срочных родов, массой 3500 г, длиной тела 55 см. Во время беременности мать перенесла анемию (34 нед). Работает на лакокрасочном производстве. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании до 1 мес. Мать растит ребенка одна, живет в комнате общежития. Режим проветривания не соблюдается. Фруктовые соки и пюре введены в 4 мес, давались нерегулярно, получает коровье молоко. Прогулки на свежем воздухе не более 1 ч в день. Гигиенические ванны — 1 раз в неделю. Массаж и гимнастика не проводились. В возрасте 2 мес. перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечилась в стационаре.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялость, адинамия, плаксивость. Appetit резко снижен. Кожа бледная, с «мраморным» рисунком, снижена ее эластичность Ушные раковины с восковым оттенком. Слизистые бледные, сухие. В области шеи участки гиперпигментации кожи. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Подкожно-жировой слой слабо развит. Масса тела — 6000 г, длина 62 см. В легких б/о. Тоны сердца учащены, 150 в 1 минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край мягкоэластичный. Селезенка пальпируется на уровне 3 см из-под края реберной дуги.

Клинический анализ крови: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, диаметр эритроцитов - 6 микрон, микроцитоз +++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, гемоглобин - 72 г/л, Ц.П.- 0,7, ретикулоциты - 4 %, тромбоциты - $290 \times 10^9/л$, п/я- 4%, с/я - 24%, л - 59%, м- 10%, эозинофилы - 3%; СОЭ - 17 мм/ч.

Общая железосвязывающая способность сыворотки крови

(ОЖСС) - 97 мкмоль/л.

Общий белок — 60 г/л, альбумины - 38%, глобулины - 59%, А/Г коэффициент — 0,6. Железо сывороточное — 7,0 мкмоль/л. Гематокрит — 0,25 л/л. Билирубин общий — 19,7 мкмоль/л, непрямая фракция — 17,0 мкмоль/л, прямая фракция — 2,7 мкмоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения заболевания .
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Оцените физическое развитие.
6. Назначьте лечение, питание.
7. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик ; стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ОАК:НЬ — 86 г/л, Эр — $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб — единичные, Лейк — $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты — 76%, п/я — 1%, с — 4%, л — 19%, СОЭ — 64 мм/час.

Миелограмма:костный мозг гиперплазирован, бласты — 96%, нейтрофильный росток — 3%, эритроидный росток — 1%, мегакариоциты — не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга:ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга:выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора:цитоз — 200/3, белок — 960 ммоль/л, реакция Панди -+++ , бласты — 100%.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения заболевания .
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания 6. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенку 4 мес. Поступил в приемное отделение с жалобами матери на: одышку, мучительный сухой кашель, повышение температуры тела, потливость, вздрагивание, снижение аппетита, плаксивость, нарушение сна.

Анамнез заболевания: болен в течение 1 недели. Заболевание началось с покашливания и заложенности носа. Лечения не получал. Состояние ухудшилось в последние сутки.

Из Анамнеза жизни: ребенок 1 от 1 нормально протекавшей беременности и срочных родов. Масса тела при рождении 3800, длина тела 55см. На грудном вскармливании до 2 мес., затем переведен на смешанное вскармливание из-за отсутствия молока у матери. Докармливают смесью «Нан». Профилактику рахита не получал. Семейный анамнез: у матери поллиноз, у отца бронхиальная астма.

При объективном осмотре: температура 37,9°C, дыхание шумное, слышно на расстоянии, частота дыханий 60 в минуту, кашель сухой непродуктивный. Кожные покровы бледные, при беспокойстве ребенка появляется пероральный цианоз. Большой родничок -2,5x2,5 см, края мягкие податливые, облысение затылка, краниотабес, голову держит хорошо. Одышка экспираторного типа. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно: коробочный звук по всем легочным полям. Аускультативно: дыхание с затрудненным выдохом, множество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Со стороны сердечно сосудистой системы: чсс - 150 в минуту, тоны звучные. Живот мягкий, печень пальпируется на 3,5 см из-под края реберной дуги.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легкие вздуты, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Общий анализ крови: Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НЬ -102 г/л, ЦП - 0,9; Лейк.- $10,9 \times 10^9/л$, п-3%, с45%, э-6%, б-1%, л-35%, м-10%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: Са- 2,25 ммоль/л; Р-1,2ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
- 3.Оцените лабораторные показатели.
- 4.Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения

**Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии**

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенку 6 мес. Поступил в приемное отделение с жалобами на затрудненное дыхание, кашель, повышение температуры тела, беспокойство, потливость. **Анамнез заболевания:** болен в течение 4 дней. Заболевание началось остро с признаков ОРВИ. Лечения не получал. С 3 дня присоединился кашель и одышка. **Из анамнеза жизни:** ребенок 1 от 1 нормально протекавшей беременности и срочных родов. Масса тела при рождении 4000, длина тела 55см. На грудном вскармливании до 2 мес., затем переведен на смешанное вскармливание из-за отсутствия молока у матери. Докармливают смесью «Нестоген». После перевода на искусственное вскармливание, у ребенка появилось покраснение щек, появились высыпания на нижних конечностях и ягодицах. Профилактику рахита не получал. Семейный анамнез: у матери поллиноз. При объективном осмотре: температура 37,9°C, дыхание шумное, слышно на расстоянии, частота дыханий 66 в минуту, одышка экспираторного типа, кашель сухой, мучительный, непродуктивный. Кожные покровы бледные, при беспокойстве ребенка появляется пероральный цианоз. На щеках «молочный струп», на волосистой части головы гнейс, на коже ягодиц и голеней яркая пятнисто-папулезная сыпь, опрелости в подмышечных и паховых областях. Голова с выраженными теменными буграми, затылок уплощен, на ребрах «четки» Большой родничок 3,5x3,5 см, облысение затылка, самостоятельно не сидит, зубов нет. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно: коробочный звук по всем легочным полям. Аускультативно: дыхание с затрудненным выдохом, множество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ЧСС - 150 в минуту, тоны звучные. Живот мягкий, увеличен в размере, выражена гипотония мышц, печень пальпируется на 3,5 см из-под края реберной дуги. **На рентгенограмме органов грудной клетки:** легкие вздуты, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет

Общий анализ крови: Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НЬ - 109 г/л, ЦП - 0,9; Лейк.- $9,9 \times 10^9$, п-3%, с-45%, э7%, л-35%, м-10%, СОЭ-17мм/час. **Биохимический анализ крови:** Са-1,9ммоль/л; Р-1,2ммоль/л. **Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенку 10 мес., поступил на прием, с жалобами на затрудненное дыхание, кашель, повышенную возбудимость, отказ от груди, повышение температуры тела до 38,8°C

Анамнез заболевания: болен в течение 5 дней, заболевание началось с насморка, кашля, затем присоединилась одышка. Состояние с каждым днем ухудшалось. Ребенок стал вялый, начал стонать.

Анамнез жизни: ребенок 2 от 2 беременности, срочных родов. Перерыв между родами 1 год. Масса тела при рождении 3600, длина тела 55см. Ребенок находится на грудном вскармливании, прикорм не вводили. Профилактических прививок не получал, профилактику рахита не получал.

При осмотре: Ребенок стонет, температура 38,9°C, вялый. Кожные покровы бледные, в углах рта трещинки. Голова с выраженными лобными и теменными буграми, затылок уплощен. Большой родничок -3,5x3,5 см, облысение затылка. Кожные покровы бледные, пероральный цианоз. Зев гиперемирован. Дыхание шумное, ЧД – 70/мин. Кашель сухой, непродуктивный, сопровождается рвотой. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Грудная клетка в состоянии вдоха, развернута апертюра ребер, на ребрах «четки». При перкуссии в нижней доле правого легкого укорочение легочного звука. При аускультации жесткое дыхание, справа ниже угла лопатки ослабление дыхания и крепитация. Тоны сердца, приглушены, тахикардия. ЧСС - 175 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из -под края реберной дуги на 2-3см. Стул кашицеобразный желтого цвета.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. В нижней доле правого легкого инфильтративные тени.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нб -72 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $15,9 \times 10^9$, п-8%, с-45%, э-1%, б-0%, л-36%, м-10%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
- 3.Оцените лабораторные показатели.
- 4.Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения.

**Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии**

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенку 1 год 10 мес., поступил на прием, с жалобами на затрудненное дыхание, кашель, повышение температуры тела до 39°C, отказ от еды.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, заболевание началось с насморка, кашля, затем присоединилась одышка. Состояние с каждым днем ухудшалось. Ребенок стал вялый, стонет, не пьет, отказывается от еды.

Анамнез жизни: ребенок 4 от 4 беременности, срочных родов. Перерыв между родами 1 1,5 года. Масса тела при рождении 2800, длина тела 53см. Ребенок находился на грудном вскармливании до 1 года, сейчас получает пищу семейного стола. Профилактические прививки не по плану из-за мед. отвода по болезни. Ребенок часто болеющий.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пероральный цианоз, температура 38,9°C. Зев умеренно гиперемирован, язык обложен белым налетом. Кашель частый, болезненный, непродуктивный.

Ребенок стонет. Дыхание шумное, одышка инспираторного типа, ЧД – 80/мин. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. При перкуссии в нижних отделах обеих легких ниже угла лопатки отмечается укорочение легочного звука. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах ослабление дыхания и крепитация с обеих сторон. Тоны сердца, приглушены, тахикардия. ЧСС - 175 уд/мин, нежный систолический шум на верхушке, ни куда не проводится. Живот мягкий безболезненный, печень пальпируется на 3 см из- под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий 3 раза в сутки желтого цвета.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. В нижнем медиальном отделе правого и левого легкого инфильтративные тени.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; НЬ -68 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $18,9 \times 10^9$ %, п-7%, с-46%, э-1%, б-0%, л-36%, м-10%, СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012;

белок-нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет.

Копрограмма:

консистенция кашицеобразная, мышечные волокна +, нейтральный жир +, мыла +, лейкоциты 2-3 п./з, эритроциты 0-1 п./з простейшие нет, яйца глистов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
- 3.Оцените лабораторные показатели.
- 4.Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 5 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: приступы кашля с трудно отделяемой мокротой, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза болезни выяснено, что у ребенка сухой непродуктивный мучительный кашель беспокоит ребенка с 6 месяцев жизни. Состояние ребенка ухудшается в летний период, когда ребенок начинает сильно потеть.

Из анамнеза жизни: ребенок 2 от 2 беременности. Первая беременность закончилась преждевременными родами, ребенок умер на первом месяце жизни от кишечной непроходимости. Данная беременность протекала с токсикозом 1 и 2 половины. Родился с массой тела 3900 г, длина тела 54 см. У ребенка отмечалась малая прибавка массы тела при удовлетворительном аппетите, бронхолегочные проявления в виде приступообразного кашля и их прогрессирование отмечалось при переводе на искусственное вскармливание.

При осмотре: ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе. Отмечается отсутствие жирового слоя на животе и груди, истончение на бедрах, снижение тургора тканей, сухость и бледность кожи. Изменена форма концевых фаланг пальцев "барабанные палочки". Кашель сухой, малопродуктивный. Мокрота скудная, по характеру слизистая. При перкуссии коробочный оттенок, при аускультации выслушивают непостоянные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Со стороны сердечно сосудистой системы: чсс - 92 в минуту, тоны звучные. Живот

мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 4-5см. Селезенка не увеличена. Стул полифекалия, зловонный.

На рентгенограмме органов грудной клетки: перибронхиальные изменения на фоне диффузной эмфиземы

Функция внешнего дыхания: По данным спирографии у ребенка отмечаются выраженные нарушения вентиляционной функции легких по обструктивному и рестриктивному типу.

Общий анализ крови: Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$; НЬ -92 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $12,0 \times 10^9/л$, п-5%, с-56%, э-4%, л-30%, м-5%, СОЭ - 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-59 г/л, альбумины 41%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-15%, бета-19%, гамма-21% .Потовая проба на содержание натрия и хлоридов 65 ммоль/л (норма ниже 50 ммоль/л)

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020; белок нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в\поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет.

Копрограмма: консистенция замазка-образная, запах зловонный, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++++, мыла +++++, лейкоциты 2-3 п./з, эритроциты 0-1 п./з простейшие нет, яйца глистов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
- 3.Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 7 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: приступообразный, коклюшеподобный кашель, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза болезни выяснено, что у ребенка кашель носит постоянный характер.

Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии. Улучшение отмечает после приема таких отхаркивающих препаратов, как ацетил цистеин. Состояние ребенка ухудшается в летний период. Мальчик не переносит жару.

Из анамнеза жизни: ребенок 1 от 1 беременности. Данная беременность протекала с токсикозом 1 половины. Родился в срок с массой тела 3500 длина тела 55см. У ребенка отмечалась малая прибавка массы тела при удовлетворительном аппетите, бронхолегочные проявления в виде приступообразного кашля и их прогрессирование отмечалось при переводе на искусственное вскармливание. Ребенок употребляет много соли (любит подсаливать пищу)

При осмотре: ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе, снижение тургора тканей, сухость и бледность кожи. Изменена форма ногтей ("часовые стекла), концевых фаланг пальцев ("барабанные палочки"). Грудная клетка бочкообразной формы, в состоянии вдоха. Кашель сухой, малопродуктивный. Мокрота скудная, по характеру слизистая. При перкуссии коробочный оттенок, при аускультации выслушивают непостоянные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Со стороны сердечно сосудистой системы: границы сердца расширены в поперечнике чсс - 102 в

минуту, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 3-4-см. Селезенка не увеличена. Стул полифекалия, зловонный. **На рентгенограмме органов грудной клетки:** перибронхиальные изменения на фоне диффузной эмфиземы, мелкие ателектазы в нижних отделах.

Функция внешнего дыхания: По данным спирографии у ребенка отмечаются выраженные нарушения вентиляционной функции легких по обструктивному и рестриктивному типу.

Общий анализ крови: Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$; НЬ - 98 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $13,0 \times 10^9/л$, п-6%, с-55%, э-2%, л-32%, м-5%, СОЭ - 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-69 г/л, альбумины 51%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-14%, гамма-21%. Потовая проба на содержание натрия и хлоридов 69 ммоль/л (норма ниже 50 ммоль/л)

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020; белок нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет.

Копрограмма: консистенция замазкообразная, запах зловонный, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++++, мыла +++++, лейкоциты 2-3 п./з, эритроциты 0-1 п./з простейшие нет, яйца глистов нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача Мальчик 8 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: кашель, отставание в физическом развитии, снижение аппетита, периодически возникающая рвота, боли в правом подреберье. **Из анамнеза болезни** выяснено, что ребенок болен с рождения. Кашель носит постоянный характер. Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии, хронического гепатита. Улучшение отмечает после приема таких отхаркивающих препаратов, как ацетил цистеин, АСС.

Из анамнеза жизни: ребенок 1 от 1 беременности. Данная беременность протекала с токсикозом 1 половины. Родился в срок с массой тела 3000 г, длина тела 52 см. На первом году жизни ребенок перенес гепатит неясной этиологии.

При осмотре: ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе, снижение тургора тканей, сухость и желтушность кожи, на передней поверхности груди и живота сосудистые звездочки. Пальцы в виде «барабанных палочек», «печеночные ладони». Грудная клетка в состоянии вдоха. Одышка экспираторного типа. Кашель сухой, малопродуктивный. Мокрота скудная, по характеру слизистая. При перкуссии коробочный оттенок, при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы, непостоянные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, печень не пальпируется. Селезенка плотная, в размерах доходит до гребня подвздошной кости. Стул неустойчивый. **На рентгенограмме органов грудной клетки:** перибронхиальные изменения на

фоне диффузной эмфиземы, диффузное усиление и деформация лёгочного рисунка, диффузный фиброз.

Функция внешнего дыхания: По данным спирографии у ребенка отмечаются выраженные нарушения вентиляционной функции легких по смешанному типу.

Общий анализ крови: Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$; НЬ -98 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $10,0 \times 10^9$, п-4%, с-57%, э-2%, л-32%, м-5%, СОЭ - 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-69 г/л, альбумины 51%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-14%, гамма-21% . Печеночные тесты: билирубин общий -32 мкмоль/л, прямой- 6,0 мкмоль/л, непрямой- 26 мкмоль/л, Сулемова проба- 1,2 мл, тимоловая проба- 13ед, АЛТ- 1,2 мкмоль/л, АСТ- 1,0 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: цвет коричневый, желчные пигменты +++, прозрачность полная, относительная плотность 1020; белок нет, сахар нет; лейкоциты 3-4 в\поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет.

УЗИ органов брюшной полости: печень – уменьшена в размерах, паренхима неоднородная с явлениями фиброза, сосудистая сеть расширена, портальная вена расширена. Селезенка увеличена в размерах, паренхима гомогенная. Заключение: Цирроз печени.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
- 3.Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз. 5. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 7 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: кашель, с обильным отделением гнойной мокроты по утрам, снижение аппетита, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что ребенок кашляет с 2-х лет постоянно. Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии, рецидивирующего бронхита, однако эффект от лечения кратковременный.

Ребенок от первой беременности, срочных родов; масса при рождении 3700, длина 54см. Естественное вскармливание до 1 года. До 2-х лет ничем не болел. В 2 года ребенок внезапно начал кашлять, задыхаться. Врачи расценили это как аллергию. Длительно лечился в стационаре, однако эффект от лечения был незначительный.

Мать ребенка страдает бронхиальной астмой. Однако у ребенка никогда не отмечалось никаких аллергических проявлений. **Осмотр:** ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе. Изменена форма ногтей концевых фаланг пальцев ("барабанные палочки"). Кожные покровы бледные, акроцианоз. Одышка умеренная, кашель влажный больше в утренние часы, с обильной мокротой густой зеленоватого цвета. При перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких. При аускультации выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы ниже угла лопатки справа. Количество хрипов после откашливания уменьшается. Со стороны сердечно сосудистой

системы: чсс - 90 в минуту, тоны звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1-1,5 см из-под края реберной дуги. Стул ежедневный оформленный.

На рентгенограмме органов грудной клетки: повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких. Сотовый или ячеистый рисунок справа в нижней доле.

Бронхография: цилиндрические бронхоэктазы справа в нижнем отделе. **Функция внешнего дыхания:** По данным спирографии у ребенка отмечаются (снижение ДО, МОД, РО вдоха, РО выдоха, ЖЕЛ) Коэффициент Тиффно за 1 сек- 40% (норма 75-100%) Закл: нарушения вентиляционной функции легких по обструктивному и рестриктивному типу. **Общий анализ крови:** Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НЬ - 102 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- 12,9х10%, п-7%, с-50%, э-2%, л-34%, м-7%, СОЭ - 32 мм/час. **Биохимический анализ крови:** Общий белок-69 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-13%, гамма-21% **Общий анализ мочи:** цвет светложелтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-следы, сахар нет; лейкоциты 3-4 в\поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет, соли оксалаты.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз.
5. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 12 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку. Из анамнеза выяснено, что ребенок кашляет постоянно. Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии, однако эффект от лечения кратковременный. Ребенок от первой беременности, срочных родов; масса при рождении 3700, длина 54 см. Естественное вскармливание до 1 года. Ребенок постоянно болел бронхо-легочными заболеваниями. Длительно лечился в стационаре практически 6-8 раз в году однако эффект от лечения был не значительный. Мать ребенка страдает хроническим бронхитом, курит. Отца нет. Ребенок из неблагополучной семьи. **Осмотр:** ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе. Изменена форма ногтей концевых фаланг пальцев ("барабанные палочки"). Кожные покровы бледные, акроцианоз. Одышка умеренная, кашель влажный больше в утренние часы, с обильной мокротой густой зеленоватого цвета. При перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких. При аускультации выслушивают непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Количество хрипов после откашливания уменьшается. Со стороны сердечно сосудистой системы: чсс - 90 в минуту, тоны звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1-1,5 см из-под края реберной дуги. Стул ежедневный оформленный. При осмотре мокроты отмечается ее расслоение на три слоя: пенистый, зеленовато прозрачный и густой желтого цвета.

На рентгенограмме органов грудной клетки: горизонтальное расположение ребер, опущение диафрагмы, повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких. Сотовый или ячеистый рисунок. **Функция внешнего дыхания:** По данным спирографии у ребенка отмечаются выраженные нарушения вентиляционной функции легких по комбинированному типу. Коэффициент Тиффно за 1 сек- 40% (норма 75-100%) **Общий**

анализ крови: Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НБ - 90 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $16,9 \times 10^9$, п-6%, с-51%, э-2%, л-34%, м-7%, СОЭ - 30 мм/час. Биохимический анализ крови: Общий белок-58 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-10%, гамма-24% **Общий анализ мочи:** цвет светложелтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-следы, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет, соли оксалаты.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз. 5. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 7 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: кашель, с обильным отделением гнойной мокроты по утрам, снижение аппетита, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что ребенок кашляет с 2-х лет постоянно. Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии, рецидивирующего бронхита, однако эффект от лечения кратковременный.

Ребенок от первой беременности, срочных родов; масса при рождении 3700, длина 54 см. Естественное вскармливание до 1 года. До 2-х лет ничем не болел. В 2 года ребенок внезапно начал кашлять, задыхаться. Врачи расценили это как аллергию. Длительно лечился в стационаре, однако эффект от лечения был незначительный.

Мать ребенка страдает бронхиальной астмой. Однако у ребенка никогда не отмечалось никаких аллергических проявлений. **Осмотр:** ребенок пониженного питания, отстает в росте и массе. Изменена форма ногтей концевых фаланг пальцев ("барабанные палочки"). Кожные покровы бледные, акроцианоз. Одышка умеренная, кашель влажный больше в утренние часы, с обильной мокротой густой зеленоватого цвета. При перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких. При аускультации выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы ниже угла лопатки справа. Количество хрипов после откашливания уменьшается. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ЧСС - 90 в минуту, тоны звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1-1,5 см из-под края реберной дуги. Стул ежедневный оформленный.

На рентгенограмме органов грудной клетки: повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких. Сотовый или ячеистый рисунок справа в нижней доле. **Бронхография:** цилиндрические бронхоэктазы справа в нижнем отделе.

Функция внешнего дыхания: По данным спирографии у ребенка отмечаются (снижение ДО, МОД, РО вдоха, РО выдоха, ЖЕЛ) Коэффициент Тиффно за 1 сек - 50% (норма 75-100%) Закл: нарушения вентиляционной функции легких по обструктивному и рестриктивному типу.

Общий анализ крови: Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НБ - 102 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $12,9 \times 10^9$, п-7%, с-50%, э-2%, л-34%, м-7%, СОЭ - 32 мм/час. Биохимический анализ крови: Общий белок-69 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-13%, гамма-21%

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-следы, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет, соли оксалаты.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Поставьте сопутствующий диагноз. 5. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 12 лет, поступил на госпитализацию с жалобами на: сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, Из анамнеза выяснено, что ребенок кашляет постоянно. Неоднократно лечился в стационаре по поводу пневмонии, однако эффект от лечения кратковременный. Ребенок от первой беременности, срочных родов; масса при рождении 3700, длина 54см. Естественное вскармливание до 1 года. Ребенок постоянно болел бронхо-легочными заболеваниями. Длительно лечился в стационаре практически 6-8 раз в году однако эффект от лечения был незначительный. Мать ребенка страдает хроническим бронхитом, курит. Отца нет. Ребенок из неблагополучной семьи. **Осмотр:** ребенок пониженного питания, отстаёт в росте и массе. Изменена форма ногтей концевых фаланг пальцев ("барабанные палочки"). Кожные покровы бледные, акроцианоз. Одышка умеренная, кашель влажный больше в утренние часы, с обильной мокротой густой зеленоватого цвета. При перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких. При аускультации выслушивают непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Количество хрипов после откашливания уменьшается. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ЧСС - 90 в минуту, тоны звучные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1-1,5 см из-под края реберной дуги. Стул ежедневный оформленный. При осмотре мокроты отмечается ее расслоение на три слоя: пенистый, зеленовато-прозрачный и густой желтого цвета.

На рентгенограмме органов грудной клетки: горизонтальное расположение ребер, опущение диафрагмы, повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких. Сотовый или ячеистый рисунок. **Функция внешнего дыхания:** По данным спирометрии у ребенка отмечаются выраженные нарушения вентилиционной функции легких по комбинированному типу. Коэффициент Тиффно за 1 сек - 40% (норма 75-100%) **Общий анализ крови:** Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$; НГ - 90 г/л, ЦП - 0,8; Лейк.- $16,9 \times 10^9$, п-6%, с-51%, э-2%, л-34%, м-7%, СОЭ - 30 мм/час. Биохимический анализ крови: Общий белок-58 г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1-4%, альфа2-10%, бета-10%, гамма-24% **Общий анализ мочи:** цвет светложелтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012; белок-следы, сахар нет; лейкоциты 3-4 в поле зрения; эритроциты нет, цилиндры нет, соли оксалаты.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
3. Оцените лабораторные показатели.

4.Поставьте сопутствующий диагноз. 5.
Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: девочка родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - на 0,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортугера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, л - 31%, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 40 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 35 ЕД/л (норма - до 40), СРБ - отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях.

ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Пролапс митрального клапана без регургитации. Фракция выброса 64%.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие функциональные пробы показаны больному с экстрасистолией?
8. Какие дополнительные исследования нужно провести в данном случае? **Кыргызско-Российский Славянский университет**

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Больной 1 года 3 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 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5°C в течение 2 дней.

С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. Ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +5 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены 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 подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Лейк - $6,3 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 45 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 39 Ед/л (норма - до 40), СРБ - отрицательный.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Какой диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
4. Проведите диффдиагностику.
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
7. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены? 8. Какие вирусы тропны к миокарду?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 1 года 2 месяцев, 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, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования. При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 5 см², перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

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

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5° . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, $RV5 < RV6$.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. Очаговых теней не выявлено.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения данного ребенка.
6. Возможен ли врожденный характер заболевания? 7. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 11 лет, поступил в отделение по направлению участкового педиатра.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был

сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $16,5 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с - 56%, э - 2%, л - 30%, м - 2%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения больного.
6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?
7. Преимущественно в каком возрастном периоде заболевание встречается впервые? 8. Если показана кортикостероидная терапия, то с какой целью?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Больной 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 30 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается

протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $10,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия.

Задание.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Какие патоморфологические характеристики соединительной ткани определяют патологические признаки со стороны сердца?
4. Какие изменения определяют остроту течения процесса?
5. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
6. Составьте план лечения данного больного.
7. Какие морфологические изменения являются маркерами (маркером) ревматизма? 8. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача Больной 13 лет, поступил в

отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. 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.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $15,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 26 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,06‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа₁ - 11%, альфа₂ -10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какова патоморфологическая основа процесса?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется? 6. Составьте план лечения больного.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Больная 6 лет, поступает в стационар повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставах, и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 2 лет, когда после перенесенной ОРВИ отмечалось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Суставной синдром сохранялся в течение 6 месяцев и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течение этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовлечение в процесс и других суставов.

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2x2 см) и кубитальных (1,5x1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Лейк - 15,0*10⁹/л, п/я - 4%, с -42%, э - 2%, л - 49%, м - 3%,СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,33 ‰, лейкоциты - 1-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 12%, бета - 5%, гамма - 30%, серомукоид - 0,9 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 28 Ед/л. СРБ+++.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?

3. Какова патоморфологическая основа процесса?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
6. Составьте план лечения больного. 7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом на Иссык-Куле, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нб- 100 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,9 (норма - до 0,2), АЛТ- 32 ЕД, АСТ - 25 ЕД, мочевины -4,5 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез – 320, ночной диурез - 460.

Клиренс по креатинину - 80 мл/мин. **Задание**

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
4. Как называются кожные изменения на лице, и к каким критериям относятся эти изменения?
5. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?
6. Проведите анализ гемограммы данного больного.

7. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз? 8. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Больная 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 125 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,1 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 73 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа 1 - 4%, альфа 2 - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0, 2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Составьте план обследования.
3. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение больной.

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Девочка 10 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, болезненность и припухлость обоих коленных суставов. Две недели тому назад девочка перенесла острый гнойный тонзиллофарингит. В амбулаторных условиях был назначен бактрим на 5 дней, проводились полоскания горла отварами трав. Через 10 дней самочувствие ребенка нормализовалось, девочка стала посещать школу. Последнюю неделю мама отмечала повышенную утомляемость ребенка, появились жалобы на умеренно выраженные, летучие боли в крупных и средних суставах рук и ног. Вчера вечером повысилась температура тела, и появились припухлость, боли в левом коленном суставе, утром - отечность и боли в правом коленном суставе.

При осмотре состояние девочки тяжелое. Температура тела 38,8 °С. Положение вынужденное, кожные покровы бледные. Коленные суставы отечные, активные движения в них болезненные, над суставами отмечается местная гипертермия. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные до 2 степени. Частота дыхания 25 в минуту, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 124 ударов в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии, тоны сердца - глухие, на верхушке и в 5 стандартной точке выслушивается «дующий» систолический шум средней интенсивности. Шум лучше выслушивается в положении больной на левом боку, проводится в левую аксиллярную область и под лопатку слева. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Ребенок мочится свободно, диурез - 1000 мл/сутки. Стул оформлен.

В общем анализе крови: эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, НВ - 121 г/л, лейкоциты - $15,4 \times 10^9/л$, п/я- 4%, с-72 %, л18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.

В биохимическом анализе крови: СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения больного.
6. Прогноз заболевания.

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

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

10 дней назад перенес ангину, по назначению участкового педиатра принимал амоксициллин в течение 7 дней. Со вчерашнего дня появились головная боль, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с появившимися жалобами направлен на госпитализацию.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок после года стал часто болеть ОРВИ, после 4-х лет – ангинами (два-три раза в год).

Наследственность не отягощена. Профилактические прививки – по календарю.

При осмотре ребенок бледный, вялый. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 140/80 мм.рт. ст. В легких дыхание несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца: правая – ближе к стеральной линии, верхняя – 3 ребро, левая – на 1,5 см от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены, мягкий систолический шум на верхушке, ЧСС 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,0 см, край мягкий, гладкий. За сутки выделил 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.

Общий анализ крови: Эр. $-3,7 \times 10^{12}$; Нб - 112 г/л; лейкоц. - $9,2 \times 10^9$; п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%; лимф. - 18%; мон. - 3%; тромбоц. - 430×10^9 ; СОЭ 25 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О - 1:1000, калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 72 мл/мин

УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Умеренно повышена эхогенность паренхимы. Чашечно-лоханочная система без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова этиология данного заболевания?
4. Оцените лабораторные показатели
5. Оцените функцию почек у больного?

5. Ваша тактика лечения? Показано ли больному назначение глюкокортикоидов?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Девочка А. 5 лет поступила на стационарное лечение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, тошноту, отеки.

Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 3 месяце. Роды срочные, без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по возрасту. Из перенесенных заболеваний - ветряная оспа в 2 года, частые ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери – поллиноз; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

Девочка заболела через две недели, после перенесенной вирусной инфекции, когда появился отечный синдром, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – немного кнутри от правой окологрудинной линии, верхняя – 2 межреберье, левая – на 1,5 см от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 82 уд/мин. АД=95/45 мм рт.ст Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделила за сутки 300 мл мочи.

Общий анализ крови: Нв-125 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $350,0 \times 10^9$ /л, лейко. – $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 36%, эоз. – 7%, лимф. – 52%, мон. – 2, СОЭ – 32 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – сол-жел., относительная плотность-1028, реакция – нейтр., белок – 3,5 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Анализ мочи по Аддису – Каковскому: белок – 4,0 г; эритроциты -750000; лейкоциты 2000000; цилиндры -35000

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

Клиренс по эндогенному креатинину: 90,0 мл/мин.

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез отечного синдрома при данном заболевании?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените функциональное состояние почек.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

На стационарное лечение поступил ребенок 8 лет с жалобами на внезапно возникший приступ судорог. Приступ был кратковременный, судороги купировались самостоятельно. Из анамнеза известно, что за две недели до поступления у мальчика болело горло, и отмечалась фебрильная температура. Боли в горле и температура прошли без лечения. После чего мальчик чувствовал себя не плохо. За два дня до поступления отмечалась тошнота, однократно – рвота, сильная головная боль.

Анамнез жизни - раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по календарю. Из перенесенных заболеваний - частые респираторные инфекции.

При осмотре – температура тела 38,5°, мальчик летаргичен, но на голос открывает глаза, бледный, руки теплые. Определяется пастозность лица и голеней. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Границы сердца: правая – по правой стеральной линии, верхняя – 3 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 66 уд/мин. АД=155/125 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Очаговых неврологических симптомов нет.

Общий анализ крови: Нв-118 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $400,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 8%, с/я – 52%, эоз. – 7%, лимф. – 31%, мон. – 2, СОЭ – 32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,2 г/л, эритроциты - измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Посев мочи – результат отрицательный.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О - 1:600,

Клиренс по эндогенному креатинину – 92 мл/мин

УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Умеренно повышена эхогенность паренхимы. Чашечно-лоханочная система без особенностей.

Задание:

1. Нуждается ли ребенок в неотложном лечении?
2. Чем, скорее всего, были обусловлены судороги?
3. Поставьте развернутый предварительный диагноз и дайте его обоснование.
4. Какие еще обследования необходимо провести?
5. Оцените лабораторные показатели.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Девочка 7 лет, направлена на стационарное лечение участковым педиатром. Настоящее заболевание началось 2 дня назад с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C, двукратная рвота, 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: правая – по правому краю грудины, верхняя по 3 ребру, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 72 уд. В мин. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень + 4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Нв-80 г/л, эр.- $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретик.-18%, тромб.- $70,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. $15,7 \times 10^9$ /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 – 6,2 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 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 и кратко его обоснуйте.
2. Каков патогенез данного состояния?
3. Какова причина развития желтушного синдрома?
4. Оцените лабораторные данные
5. Оцените функциональное состояние почек, и чем оно вызвано.
6. Составьте план дальнейшего обследования ребенка
7. Каковы тактика лечения данного больного

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 12 лет поступил в стационар с жалобами на тошноту, головную боль, изменение цвета мочи.

Из анамнеза жизни известно - ранее развитие без особенностей, до года не болел, после года болел ОРВИ 3-4 раза в год, перенес корь, дважды - ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 15 лет, здоров.

В возрасте 5 лет после ОРВИ у ребенка появились отеки, повышение АД до 130/90 мм. рт. ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Был госпитализирован в отделение нефрологии. Получал диуретики, гипотензивные препараты, гепарин, курантил, преднизолон, в 9-летнем возрасте проведен 1 курс цитостатиков. Эффект от лечения частичный в виде исчезновения отеков и снижения АД; постоянно сохранялись гематурия и протеинурия до 1-2 грамм в сутки. В последнее время АД стойко держалось на уровне 150/100 мм. рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечалось после перенесенной респираторной инфекции.

Состояние мальчика при поступлении тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, с сероватым оттенком. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. АД 155/100 мм. рт. ст. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи среднеключичной линии. Тоны сердца

ритмичные, приглушены, ЧСС 68 уд. в мин. Выслушивается негрубый систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диурез 450 мл в сутки, моча мутная, бурого цвета.

Клинический анализ крови: Нв – 92 г/л, эр. – $3.2 \times 10^{12}/л$, тромб. – $280,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $8,2 \times 10^9/л$; п/я – 2%, с/я – 56%, эоз. – 1%, лимф. – 39%, мон. – 2%, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 48 г/л, альбумины – 25 г/л, СРБ – ++; холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 6,1 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 42 мл/мин.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. Как Вы оцениваете функцию почек у больного?
3. Какие исследования необходимы для оценки канальцевой функции почек?
4. Каков генез анемии у больного?
5. Ваша тактика лечения?
6. Каков прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

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

Из анамнеза жизни - раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания, ангины. Из перенесенных заболеваний – эпид. паротит в 5 лет. Прививки по календарю. Наследственность не отягощена.

Заболел в 3-летнем возрасте, когда после перенесенной ангины 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 ДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. В легких выслушиваются проводного характера хрипы. ЧД 24. 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 – 118 в 1 мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объеме, асцит. Печень +5 см. из-под реберного края. Диурез – 120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Нв-111 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $13,0 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 53%, э. – 2%, л. – 38%, м. – 2%, СОЭ – 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок-3,8г/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: $\alpha 1$ – 5%, $\alpha 2$ – 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.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и кратко его обоснуйте
2. Каков патогенез отечного синдрома при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Чем обусловлен экзогенный гиперкортицизм и какие его клинические проявления вы знаете?
5. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения функции почек?
6. Составьте план лечения

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенок 12 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи.

Из анамнеза жизни. До 6 лет рос и развивался без особенностей. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ – 1-2 раза в год. Отмечается лекарственная аллергия на пенициллин в виде крапивницы.

Заболел в 6-летнем возрасте, когда через 2 недели после перенесенной респираторной инфекции появились отеки, олигурия, протеинурия, гематурия, анемия, АД=150/90 мм рт. ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии наступила частичная ремиссия, анализы мочи и крови не нормализовались. Перенес три обострения без достижения ремиссии.

Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии.

При осмотре: отеки в области век, поясницы, передней брюшной стенки и голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 удара в 1 мин. АД=150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +3 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Диурез – 250 мл в сутки. Моча цвета «мясных помоев».

Общий анализ крови: Нв-106 г/л, эр. – $3,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, лейкоц.- $7,5 \times 10^9/л$; п/я – 8%, с/я – 66%, э. – 1%, б. – 1%, л.-19%, м. – 5%, СОЭ – 45мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1,008, белок – 3,2 г/л, лейкоциты – 2-3 п/зр, эритроциты – все поля зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 50,1%, глобулины: α_1 – 3,7%, α_2 – 12%, β – 9,9%, γ – 24,3%, холестерин – 12,37 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л, мочевины – 10,4 ммоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения функции почек?
4. Каков патогенез отеков?
5. Каков патогенез гипертензии?
6. Оцените функциональное состояние почек.
7. Составьте план лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача Мальчик 14 лет, поступил на плановое обследование. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году рос и развивался нормально, привит по календарю. Из перенесенных заболеваний - ОРВИ (3-4 раза в год). Аллергический анамнез неотягощен.

В возрасте 3 лет после очередной ОРВИ в моче были выявлены гематурия (эритроциты покрывали все поля зрения), следовая протеинурия; самочувствие мальчика оставалось удовлетворительным. С диагнозом «острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом» ребенок был госпитализирован, однако после проведенного лечения сохранялась постоянная гематурия.

При очередном обследовании в возрасте 4,5 лет была выявлена макрогематурия, стойкая протеинурия до 1г/сут, никтурия, снижение слуха на высоких частотах. В дальнейшем отмечалось отставание в физическом развитии.

Из семейного анамнеза известно, что родной брат матери умер в возрасте 23 лет от хронической почечной недостаточности, страдал снижением слуха и катарактой.

При настоящем обследовании состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные; Масса тела 46 кг, рост 157 см. Отеков, пастозности нет. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, искривление мизинца. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС – 90 ударов в 1 мин. АД 105/65. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 95 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,0 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 66%, э – 1%, л – 23%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – розовый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, относительная плотность – 1010, белок – 1,5 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроцитарные цилиндры – 4-5 в п/зр.

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,003 до 1,012; дневной диурез – 270 мл, ночной диурез – 500 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевины – 10,5 ммоль/л, креатинин – 125 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 63 мл/мин.

УЗИ почек: правосторонняя пиелоэктазия, нерезко выраженная дилатация чашечек,
Консультация окулиста: катаракта I степени, миопия.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Приведите современные представления об этиопатогенезе заболевания.
4. Каков тип наследования патологии при этом заболевании?
5. На основании, каких критериев ставится диагноз заболевания? Какие из них имеют место у данного больного?
6. Оцените функцию почек у данного больного
7. С какими заболеваниями следует проводить диф. диагностику?
8. Какова тактика лечения, и каков прогноз?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенок 2 месяцев поступил на обследование в нефрологическое отделение. Акушерский анамнез - от 4 беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. 1 беременность - с/аборт, 2 и 3 ребенок умерли в периоде новорожденности.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Объективно: Состояние тяжелое. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Масса тела 5900 г. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС 132 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. Диурез снижен.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.

Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $11,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 28%, э – 7%, л – 52%, м – 10%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 3,6 г/л, эритроциты – 1-2 в п/зр, лейкоциты - 1-2 в п/зр, гиалиновые цилиндры – 6-9 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 35%; глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 16%, β – 20%, γ -24%; холестерин – 8 ммоль/л, мочевины – 30,0 ммоль/л, креатинин - 420 мкмоль/л.

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности 1,002-1,005, ДД – 50,0 мл, НД – 120,0 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. В каких странах мира чаще всего встречается данное заболевание?
4. Тип наследования данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Каков патогенез отеков у больного?
7. Каков механизм развития анемии у данного больного?
8. Тактика лечения.
9. Каков прогноз?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 5 лет, поступил в стационар для обследования в связи с изменениями в анализах мочи, которые были обнаружены случайно, после перенесенной респираторной инфекции. Ребенок родился от I 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, гнойный отит.

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

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные.

При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» небо, 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: Hb – 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 – 0,04 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, калий – 5,16 ммоль/л, натрий – 142,3 ммоль/л.

КОС: pH – 7,3, BE = 12 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 50 мл/мин.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз
2. Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует провести?
3. Оцените показатели относительной плотности мочи? 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. Укажите возможные причины развития патологии почек у данного ребенка.
7. Назовите стигмы дисэмбриогенеза у данного ребенка.
8. Назначьте лечение.
9. Каков возможный прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Девочка 4 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 ветрянную 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°С, 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: Нв 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.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

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. Ранее развитие без особенностей. Перенес ветряную оспу, краснуху. ОРВИ отмечаются 3-4 раза в год. Аллергоanamнез 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, pH –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: Нв – 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 в 1 мл

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

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 10 лет поступил с жалобами на боли в поясничной области, слабость и головокружение.

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с нефропатией, угрозой прерывания. Роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 49 см. Грудное вскармливание до 1 месяца. Часто болеет ОРВИ.

Впервые заболел в возрасте 2-х месяцев, когда отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C, в анализе мочи – лейкоцитурия (до всех полей зрения). Диагноз: острый пиелонефрит, лечился антибиотиками. Впервые обследован в стационаре в возрасте 1 года, был диагностирован двусторонний ПМР IV степени, справа- в гипоплазированную почку, со значительным снижением ее функции. Проведена антирефлюксная операция слева и нефрэктомия справа. В дальнейшем неоднократно выявлялась лейкоцитурия, бактериурия, подъемы температуры тела. С 9,5 лет стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи – протеинурия до 1г/сут.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. АД 140/90 мм.рт.ст. Симптом поколачивания положительный слева.

Клинический анализ крови: Hb – 92 г/л, эр – $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкок – 9×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 54%, эозин – 1%, л – 35%, м – 5%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет- желтый, прозрачность- полная, рН – 6,0, белок 0,6 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 68 г/л, холестерин 5,0, мочевины – 12 ммоль/л, креатинин – 170 мкмоль/л, калий 3,8 мэкв/л, клиренс по эндогенному креатинину 63 мл/мин.

Проба Зимницкого: ДД = 420 мл, НД = 1300 мл, колебания относительной плотности- 10001008.

УЗИ почек: Контур левой почки неровный, размеры 83x40 мм, паренхима толщиной 9-10 мм, уплотнена, дифференцировка слоев нарушена. Лоханка – 12 мм. Мочеточник прослеживается в верхней трети, диаметром до 1,0 см.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
3. Каков патогенез заболевания у этого больного?
4. Каков патогенез протеинурии у этого больного?
5. Каков патогенез анемии у этого больного?
6. Назовите функциональные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
7. Консультации каких специалистов необходимы этому больному?
8. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.

9. Назначьте лечение.

10. Каков возможный исход заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

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 не отягощена.

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 – $4.5 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $10.5 \times 10^9/л$, 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 100 000 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.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Мальчик 6 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли животе, частое болезненное мочеиспускание. Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, роды на 38-й неделе. Масса ребенка при рождении – 2900 г, длина тела – 50 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписан на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болел. Ребенок более 4 раз в год болеет ОРВИ. Несколько раз отмечались подъемы температуры без катаральных явлений, на этом фоне в анализах мочи выявлялась лейкоцитурия, однако подробное обследование по этому поводу не проводилось.

Накануне поступления в отделение отмечалось повышение температуры до 39.8°C, боли в животе, пояснице, дизурия.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа чистая, бледно-серого цвета, периорбитальные тени, аппетит снижен. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД=24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=100 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень + 1,5см из-под реберного края. Мочеиспускание учащенное, болезненное.

На третий день пребывания в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез, аппетит улучшился, дизурические явления стали менее выраженными.

Общий анализ крови: Нв – 118 г/л, эр – 5.6×10^{12} г/л, лейко – 10.5×10^9 /л, п/я – 7%, с – 69%, л – 22%, м – 2%, СОЭ – 15 мм/час

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1.010, лейкоциты – 22-24 в п/зр, эритроциты – нет.

Анализ мочи на стерильность: выделена Escherichia Coli - 100 000 микр. тел/мл

Анализ мочи по Зимницкому: ДД – 250 мл, НД – 750 мл, колебания относительной плотности – 1.010-1.020

Биохимический анализ крови: общий белок – 75.9 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 2%, α_2 – 15%, β – 13%, γ – 10%, мочевины – 6.32 ммоль/л, холестерин – 6.76 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титруемая кислотность – 74 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 64 мг/сут (норма – до 17), фосфор – 23 ммоль/сут (норма – 19-32), кальций – 3 ммоль/сут (норма – 1.5-4).

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа

Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы справа – расширение лоханки и огрубление форниксов. Мочеточники расширены,

извиты. Отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков. Выделительная функция нормальная.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка 82x40 мм, паренхима – 10 мм, лоханка 14 мм. Левая почка – 96x48 мм, паренхима – 19 мм, лоханка 6 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно повышена, больше справа.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. К какой группе заболеваний относится это заболевание?
3. Расскажите о значении семейного (генетического) анамнеза.
4. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Какое серьезное осложнение заболевания следует ожидать у данного ребенка в случае поздней диагностики и нерационального лечения?
7. Какие методы хирургического и консервативного лечения могут быть использованы при лечении больного ребенка?
8. Какая диета необходима ребенку?
9. Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача 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 нефроурологический 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: Нб – 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?

**Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии**

**Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача**

Участковый врач вызван на дом к девочке 6 лет по поводу возникших ночью - приступообразного кашля, одышки, свистящего дыхания.

Анамнез заболевания: в возрасте 3х лет у девочки в мае месяце (только при прогулках в лесу или парке) стали возникать кратковременные приступы затруднённого дыхания, которые купировались при возвращении домой. Настоящий приступ возник при контакте с кошкой в гостях. Состояние улучшилось только после проведённых врачом скорой помощи лечебных мероприятий.

Анамнез жизни: девочка от I беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. С 6 месяцев – явления атопического дерматита, обострения которого периодически отмечают до настоящего времени после употребления в пищу соков, яиц, шоколада, клубники, карамели.

Семейный анамнез: у матери – атопический дерматит, у отца – поллиноз.

При осмотре: состояние средней тяжести, навязчивый сухой кашель, одышка, ЧД 32 в 1 минуту. Отмечаются сухость, шелушение, расчесы кожи в области щек, локтевых и коленных сгибов. Дыхание свистящее, выдох удлинён. Перкуторный звук с коробочным оттенком,

аускультативно – множество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Данные обследования:

Анализ крови: Нб 118г/л, эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $5,8 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 48%, лимф. 28%, эоз. 14%, мон. 8%. СОЭ 3 мм/ч. **Общий анализ мочи:** отн. плотн. 1016, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. –нет.

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

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Каков этиопатогенез данной формы заболевания.
3. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
4. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Назначьте обследование.
6. Назначьте лечение.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача

Мальчик 5-ти лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, одышку, свистящее дыхание.

Анамнез заболевания: настоящее обострение началось 3 дня назад, когда отмечено повышение температуры до 38°C , насморк, чихание, навязчивый приступообразный сухой кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 мес находится на искусственном вскармливании. С 6 мес наблюдаются проявления атопического дерматита. С 2-х летнего возраста стал часто болеть ОРВИ с лихорадкой, навязчивым кашлем, физикальными изменениями в легких в виде сухих и влажных хрипов. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года впервые возник приступ удушья ночью (на 5 день течения ОРВИ), который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись на фоне ОРВИ (примерно каждые 2 месяца): они возникали вечером и ночью, купировались ингаляцией сальбутамола. В квартире много ковров, мягких игрушек, спит ребенок на перьевой подушке.

Наследственность: у матери – поллиноз, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

При осмотре: состояние средней тяжести, не лихорадит, сухой кашель, зев чистый, рыхлый. Дыхание свистящее, выдох удлинен, одышка, ЧД 34 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС = 88 уд/мин. Кожа сухая, расчесы и участки лихенизации в локтевых сгибах. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. **Данные обследования:**

Анализ крови: Нб 120г/л, эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,8 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 51%, лимф. 28%, эоз. 10%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. **Консультация отоларинголога:** аденоиды 2–3 степени.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза и выбора тактики ведения?
4. Назначьте лечение. Нужны ли ребенку антибактериальные препараты в данный период болезни?
5. Перечислите основные принципы этапной терапии данного заболевания.
6. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 13 лет, поступил с приступом тяжелой одышки, не купирующейся ингаляциями сальбутамола. Второй день болен острой респираторной инфекцией (ОРИ).

Анамнез настоящего заболевания: 2 дня назад заболел ОРИ: температура тела 38,3°C, насморк, чихание, кашель. На 2-й день возникли частые приступы удушья, примерно каждые 3-4 часа, по поводу чего принимал эуфиллин – по 0,5 табл. 3 раза в день, ингаляции с сальбутамолом – до 15-20 раз в день. Несмотря на проводимую терапию, нарастала одышка, беспокоит навязчивый непродуктивный кашель, в связи с чем ребенок госпитализирован.

Анамнез болезни: страдает бронхиальной астмой с 5 лет. Лечился нерегулярно, получал сальбутамола во время приступов; год назад получил двухмесячный курс интала без положительной динамики. Последние 2 года отмечается постоянный сухой кашель, повторные приступы удушья каждую неделю, чаще вечером и ночью; стали наблюдаться приступы одышки на физическую нагрузку. Неоднократно госпитализировался по поводу тяжелых приступов, примерно 2-3 раза в год.

Семейный анамнез: у матери ребёнка – бронхиальная астма, у отца – поллиноз.

При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное – сидит, выражена экспираторная одышка, кашель сухой, непродуктивный. Отстает в физическом развитии (вес 33 кг), грудная клетка бочкообразной формы. Кожа с сероватым оттенком, холодная, акроцианоз. Отмечается втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, эпигастрия. Одышка до 60 в 1 минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук, при аускультации дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы в небольшом количестве. Границы сердца не определяются, тоны приглушены, тахикардия, ЧСС 140 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, селезенка и печень не увеличены; мочится мало.

Данные обследования:

Анализ крови: Нв 155 г/л, эр. $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,8 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 48%, лимф. 28%, эоз. 14%, мон. 8%. СОЭ 3 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет, сердечная тень в виде «капельного сердца».

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие причины привели к ухудшению состояния ребенка.
4. Какой период заболевания у ребенка в настоящее время.
5. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифдиагностику?
6. Основные направления базисной терапии в межприступный период.
7. Контроль эффективности терапии. Прогноз.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 7 лет, поступил в стационар для обследования в связи с повторяющимися бронхитами.

Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста отмечаются бронхиты по 3-4 раза в год, которые протекают без повышения температуры на фоне непродуктивного кашля. Чаще всего приступы сухого кашля отмечаются ночью в осеннее время и ранней весной (март), а также на уроках физкультуры. Аускультативно участковый врач регистрирует свистящие хрипы в легких и затрудненный выдох. Последний эпизод бронхита был 2 месяца назад. В доме проживает кошка, много ковров, мягкой мебели, книг и цветов. Уборка квартиры осуществляется не чаще 1 раза в неделю.

Семейный анамнез: у матери ребенка хроническая крапивница, у отца – бронхиальная астма с раннего детства; у бабушки по материнской линии – атопический дерматит.

При осмотре: состояние удовлетворительное, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа чистая, грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения патологии нет.

Данные обследования:

Анализ крови: Нв 120,0г/л, эр. $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $5,6 \times 10^9/л$, п/я1%,с/я53%,лимф. 28%,эоз. 10%,мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. плотн. 1018,лейк. – 1-2в п/зр., эр. –нет. **Пикфлоуметрия:** ПСВ– 200л/мин (N=270-300).

ФВД: снижение скоростных показателей на 25% (признаки латентного бронхоспазма).

Аллергологическое обследование: IgE 485МЕ(Nдо50). Обнаружены в высоком титре (4уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, плесневым грибам, шерсти кошки.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.
3. Консультации каких специалистов необходимы в данном случае?
4. Нуждается ли ребенок в медикаментозном лечении в настоящее время?
5. Назначьте базисную терапию межприступного периода.
6. Контроль и критерии эффективности терапии данного заболевания.
7. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочке 12 лет вызвана бригада «Скорой помощи». Ребенок жалуется на нехватку воздуха и затруднение дыхания на выдохе.

Анамнез заболевания: подобные приступы у девочки отмечались неоднократно и обычно снимались 2-6 дозами ингаляций сальбутамола. Два года назад на фоне похожего приступа была остановка дыхания. В течение последнего года получает флутиказон в дозе 500 мкг 2 раза в день. Настоящий приступ продолжается 14 часов. Ингаляции сальбутамола каждые 4 часа в дозе 200-400 мкг должного эффекта не дали. 2 часа назад проведена ингаляция через небулайзер с беродуалом в дозе 1,5 мл.

Анамнез жизни: девочка от 3-й беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. С четырех месяцев на искусственном вскармливании. С 6 месяцев – явления ЭКД, до настоящего времени, проявляется пищевая аллергия (появления сыпи на щеках, бедрах). Высыпания отмечены после употребления в пищу виноградного сока, яиц, шоколада, семечек, лимона.

Семейный анамнез: у матери и у бабушки (по материнской линии) – полиноз.

При осмотре: температура тела 36,4⁰С. Девочка в сознании, на вопросы отвечает замедленно, головокружение, выдох резко затруднен. Положение вынужденное – ортопноэ. Кожа бледная с цианотическим оттенком. Кашель без мокроты, приступообразный. Постоянная экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно коробочный звук с участками укорочения. Аускультативно дыхание проводится неравномерно, справа в нижних отделах ослаблено. ЧД 36 в 1 минуту. Выслушиваются сухие свистящие хрипы в сочетании с разнокалиберными влажными хрипами. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110 уд/мин. АД 100/65 мм рт.ст. SatO₂ 90%.

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

Задание:

1. Назовите ведущий патологический синдром, его патогенетический вариант.
2. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифдиагностику?
5. Дальнейшее обследование
6. Назначьте лечение в условиях стационара.

Экзаменационная задача

Девочке 8 лет в школьном медицинском кабинете проведена плановая вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал «осипшим», периодически – лающий кашель с «металлическим оттенком». Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи».

При осмотре: девочка в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 50 в 1 минуту. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, звучные. ЧСС 116 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. SatO₂ 91%.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 мес находилась на искусственном вскармливании. С 6 мес наблюдаются проявления атопического дерматита. С 2-х летнего возраста стала часто болеть ОРВИ с лихорадкой, навязчивым кашлем, физикальными изменениями в легких в виде сухих и влажных хрипов. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. Семейный анамнез: у матери и у бабушки (по материнской линии) – поллиноз.

Данные обследования:

Анализ крови: Нв 114,0г/л, эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $6 \times 10^9/л$, п/я4%, с/я47%, лимф. 30%, эоз. 11%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром, какова его вероятная этиология.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифдиагностику?
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Тактика дальнейшего ведения данной пациентки.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенок 13 лет, наблюдается аллергологом в консультативно-диагностическом центре по поводу бронхиальной астмы, проводится плановое обследование в соответствии с планом наблюдения.

Анамнез заболевания: с 2х-летнего возраста отмечались частые эпизоды бронхообструкции. В 5 лет выставлен диагноз: Бронхиальная астма. Тогда же назначена базисная терапия (интал, тайлед) – курсами по 3 месяца.

С 10 лет в связи с учащением обострений и ежедневной потребностью в бронхолитиках, назначен фликсотид в дозе 250 мкг/сут. С 12 лет доза бронхолитического препарата (серетид) увеличена до 500 мкг/сут, однако на этом фоне отмечались ежедневные приступы затрудненного дыхания, что явилось показанием к увеличению дозы серетида до 1000 мкг/сут, которую ребенок получает до настоящего времени.

На фоне постоянной базисной терапии приступы затрудненного дыхания возникают в апреле-июле (цветение деревьев), а также на фоне ОРВИ и при физической нагрузке. Приступы

нетяжелые, купируются однократной ингаляцией вентолина. Последнее обострение 2 месяца назад – в мае на фоне цветения. Ночные приступы затрудненного дыхания отсутствуют. Круглогодичное течение аллергического ринита, с сезонными обострениями, постоянная заложенность носа, чихание.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, лихеноидные элементы в локтевых сгибах, там же – экскориации. Носовое дыхание умеренно затруднено. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет.

Данные обследования:

Общий IgE в сыворотке крови: 240ЕД/л.

Аллергопробы Выраженная сенсibilизация к аллергенам пыльцы деревьев: береза (++++), ольха (++++), лещина (++++). Умеренная сенсibilизация к бытовым аллергенам: домашняя пыль серии 304++.

ФВД на фоне постоянной терапии серетидом: ОФВ1 77%, ПСВ-78%, МОС25-82%, МОС50-72%, МОС 75- 64%.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте полный клинический диагноз, согласно классификации.
2. Назовите возможные причины тяжелого течения бронхиальной астмы.
3. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифдиагностику?
4. Дайте оценку проводимой терапии, проведите коррекцию, если это необходимо.
5. Целесообразно ли проведение алерговакцинации?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача

На приеме девочка 13 лет, в течение последних 5 лет страдает бронхиальной астмой, наблюдается педиатром и алергологом.

Анамнез заболевания: в возрасте 8 лет поставлен диагноз: Бронхиальная астма. Симптомы заболевания (кашель, эпизоды затрудненного дыхания) возникают не чаще 2-3 раз в месяц, только при вдыхании сильных запахов, контакте с домашними животными. Ночной кашель 2-3 раза в месяц. Физическую нагрузку переносит хорошо. Обострения заболевания отмечаются, в основном, в осенне-весенний период. Базисной терапии ребенок не получает, во время приступов пользуется салбутамолом с быстрым положительным эффектом.

Анамнез жизни: ребенок от II нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3150 г, длина 49 см. С 8мес находится на искусственном вскармливании. С 9мес наблюдаются проявления атопического дерматита, экссудативной формы. С 6-х летнего возраста стала часто болеть ОРВИ с лихорадкой, навязчивым кашлем, физикальными изменениями в легких в виде сухих и влажных хрипов. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался.

Семейный анамнез: оба родителя ребенка отмечали аллергические реакции на еду, лекарственные препараты.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Грудная клетка обычной формы. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 20 в 1 минуту. При пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки.

Спирометрия: ОФВ1и ПСВ>80%;суточные колебания ПСВ20-30%от должного.

Задание:

1. Поставьте диагноз, согласно классификации.
2. Стандарт обследования для установления формы и фазы болезни.
3. Ожидаемые результаты обследования.
4. Проведите диффдиагностику заболевания
5. План наблюдения ребенка в условиях детской поликлиники.
6. Программа лечения данной больной.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача

У мальчика 2,5 лет, после употребления в пищу меда появился зуд, жжение языка, необильная сыпь на лице, туловище и ногах.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились в 3 месяца после введения в пищу адаптированной молочной смеси (у матери отмечалась нехватка молока), был переведен на гипоаллергенную смесь – высыпания, инфильтрированность на коже уменьшились, но совсем не прошли. После года кожные высыпания стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи, беспокоит выраженный зуд. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает бронхиальной астмой, также отмечает наличие пищевой сенсибилизации.

При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы сухие, отмечается диффузное мелко отрубевидное шелушение. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык "географический". В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи. **Данные обследования:**

Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, эрит – $3,8 \times 10^{12}/л$, ретик – 3,5%, тром - $217 \times 10^9/л$, лейко – $7,0 \times 10^9/л$, Э – 12%, П – 2%, С – 34%, Л – 47%, М – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: БЕЛОК - отр, ГЛЮКОЗА – отр, рН. – 5,0, отн плот = 1025, ЛЕЙКОЦИТЫ - 0-1-2 в п/зр, цвет – св желт.

Специфический IgE: титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень общего IgE в сыворотке крови 910 МЕ/л (норма - до 100 МЕ/л).

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
4. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока
5. С какими состояниями, заболеваниями следует провести диффдиагностику?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Из анамнеза известно: девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3480 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит коровье молоко, рыбу (на коже появляются высыпания). С 3 лет посещает детский сад, после чего болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно, эпизоды свистящего затрудненного дыхания отмечаются 1-2 раза в неделю. Приступы кашля при физической нагрузке, в ночное время 3-4 раза в месяц. Постоянно нарушено носовое дыхание.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. Настоящий приступ возник после употребления в пищу большого количества шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Актив передан участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД - 38 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца - правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 72 в 1 мин. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Нв - 118 г/л, эрит - $4,3 \cdot 10^{12}/л$, ретик - 3,5%, тромб - $217 \cdot 10^9/л$, лейко - $13,2 \cdot 10^9/л$, Э - 14%, П - 1%, С - 48%, Л - 29%, М - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: БЕЛОК - отр, ГЛЮКОЗА - отр, рН. - 5,0, отн плот = 1016, ЛЕЙКОЦИТЫ - 03-4 в п/зр, цвет св желт.

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

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Оцените тяжесть течения заболевания и уровень контроля.
4. Окажите неотложную помощь ребенку с приступом удушья.
5. С какими состояниями, заболеваниями следует провести диффдиагностику?
6. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача

У девочки, 4 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились после введения в пищу молочной смеси «Малютка». Позже, после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой.

Мать больного страдает контактной экземой.

При осмотре: больная повышенного питания. Кожные покровы сухие. Кожа на щеках, подколенных ямках, запястьях гиперемирована, ифилтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧД 20 в минуту. ЧСС – 100 в минуту. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Hb – 124 г/л, эрит – $4,5 \times 10^{12}/л$, Ретик. – 2,5%, тромб - $210 \times 10^9/л$, лейкоц – $7,0 \times 10^9/л$, Э – 12%, П – 5%, С – 34%, Л – 45%, М – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Анализ кала: на яйца/глист – отмечены острицы.

В общем анализе мочи: цвет-св желт., эпит. плоск -6-8-10 в поле/зр, прозрачная, отн. плотность - 1010, реак- кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц -2-2-5.

Уровень общего IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (норма – до 100 Ед/л), **IgE к рыбе – 4, к белку коровьего молока – 3, к белку куриного яйца – 2.**

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Причины заболевания?
4. Предрасполагающие факторы?
5. Проведите дифдиагностику.
6. Назначьте лечение.

**Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии**

**Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача**

Ребенок 11 лет поступает с жалобами на кожные высыпания, зуд.

В анамнезе - болен более 2 – х лет, ранее после покраснения на щеках, внутренних поверхностях кожи предплечий, кожа подсушивалась. Мазали местно детский крем, внутрь пили тавегил в таблетках. Покраснение появлялось после употребления в пищу конфет, мандаринов, лимонада. Первые кожные высыпания отмечались в годовалом возрасте в виде ЭКД.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. В период беременности отмечалось повышенное употребление в пищу винограда.

Масса при рождении 3200 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдал детской экземой. Не переносит коровье молоко, рыбу (на коже появляются высыпания). С 5 лет посещает детский сад, болеет респираторными инфекциями практически ежеквартально, эпизоды появления высыпаний на коже щек отмечаются 1 раза в неделю.

При осмотре отмечаются на коже предплечий, местами на животе, щеках –кожа сухая, на эритематозном фоне полиморфно-папулезная сыпь, кожа сухая, инфильтрирована, следы эскориаций. Семейный анамнез: оба родителя ребенка отмечали аллергические реакции на еду, лекарственные препараты.

Данные обследования:

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. **В общем анализе мочи:** цвет-св желт., эпит. плоск -6-10-12, прозрачн., отн плотность -1009, реак-кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц -2-2-5.

Кровь на общ IgE- 630Ед/л (норма – до 100 Ед/л). **Анализ кала на я\глист:** - острицы.

Задание:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Предрасполагающие факторы?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование.
6. Назначьте лечение.

**Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии**

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 12 лет поступает с жалобами на появление высыпаний, зуд, жжение, отечности кожных покровов.

В анамнезе ребенок от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений, по шкале Апгар 8 баллов, закричал сразу. В период с 5 мес. перешел на полностью искусственное питание (развитие мастита у матери), получал детские смеси («Нан», «Малыш»). В период грудного возраста отмечался неустойчивый стул, склонность к запорам. В 10 месячном возрасте отмечалось покраснение на щеках, сухость, мацерация в области паховых складок.

Данные высыпания появились после укуса пчелы. Ребенок стал отекать, появилась отечность век, губ, покраснение, чувство жара.

При осмотре: ребенок в подавленном настроении, язык обложен белесоватым налетом. Температура тела 38С, отмечены уртикарные высыпания по телу, бедрам, на лице, на фоне отечности, сливного характера. Локальные отеки век, губ, левого уха, левого запястья.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 88 уд в мин. Дыхание свободное, симметричное, экскурсия легких без изменений, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, отмечается болезненность в обл.точки Кера.

Данные обследования:

На УЗИ органов брюшной полости отмечены деформация желчного пузыря, перегиб области тела. Стенка утолщена до 4 мм.

В общем анализе крови: гемоглобин - 107 г/л, эритроциты -4,0 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 6,0 тыс. с/я - 63%, лимфоциты -21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ кала на я\глист: - abs.

В общем анализе мочи: цвет-св желт., эпит. плоск -6-10-12, прозрачн., отн. плотность - 1009, реак.- кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц -2-2-5.

Кровь на общ IgE- 630Ед/л (норма – до 100 Ед/л).

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром, какова его вероятная этиология.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. С какими состояниями, заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Тактика дальнейшего ведения данного пациента.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 14 лет поступает с жалобами на появление зуд, жжение, отека кожи век, носа, чихание.

В анамнезе ребенок от 4-й беременности, роды в срок, без осложнений, по шкале Апгар 8 баллов, закричал сразу. В период с 7 мес. перешел на полностью искусственное питание (отсутствие молока у матери). В период грудного возраста отмечался неустойчивый стул, склонность к запорам. Врач – педиатр диагностировал ЭКД. Отмечалось, после принятия в пищу «сладкого» покраснение на щеках, сухость, мацерация в области паховых складок.

Данные жалобы отмечаются 3-й год, отмечено появление симптоматики в период – конец апреля, конец май месяцы. Ребенок начинает чесать кожу век, появляются приступы чихания, ринорея, отечность век, их покраснение.

При осмотре ребенок в подавленном настроении, отмечены единичные папулезные зудящиеся высыпания по телу, бедрам, на лице. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 88 уд в мин. Дыхание свободное, симметричное, экскурсия легких без изменений, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, отмечается болезненность в обл. точки Кера.

Семейный анамнез: оба родителя ребенка отмечали аллергические реакции на еду, лекарственные препараты.

Спирометрия: ОФВ1 и ПСВ > 80%;

На УЗИ органов брюшной полости отмечены деформация желчного пузыря, перегиб обл. тела.

В общем анализе крови: гемоглобин - 107 г/л, эритроциты - 4,0 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 6,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ кала на глист: - abs.

В общем анализе мочи: цвет-св желт., эпит. плоск - 4-8-9, прозрач., отн плотность - 1008, реак.-кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц - 2-4-6.

Кровь на общ IgE- 480 Ед/л (норма – до 100 Ед/л).

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Каковы этиопатогенетические механизмы развития аллергических реакций у пациента?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте обследование. Ожидаемые результаты.
5. Назначьте лечение.
- 6.7. Тактика дальнейшего ведения данного пациента.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 12 лет поступает с жалобами на головные боли, выраженный насморк, зуд слизистых носа, конъюнктив, приступы чихания.

В анамнезе ребенок аллергик, при употреблении в пищу рыбы, орехов, семечек появляются эритематозно-папулезные высыпания, зуд на коже бедер, лица, шеи. На фоне гипоаллергенной диеты и приема антигистаминных препаратов кожный процесс стихает. В семье у отца пациента отмечается Бронхиальная астма.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, на 3-м месяце диагностировалась «угроза», у матери отмечалось понижение гемоглобина до 102 г/л.

Масса тела при рождении 2800 г, длина 50 см. С 8 мес. находится на искусственном вскармливании. С 6 мес. наблюдаются проявления атопического дерматита.

Наследственность: у матери – поллиноз, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание впервые проявилось в конце лета (август-сентябрь месяцы) – с появлением покраснения слизистых носа, конъюнктив глаз, зуд, отека век, чихания.

На момент осмотра опять отмечаются покраснение век, зуд слизистых носа, приступы чихания, нос заложен. Данные симптомы, по словам мамы, у ребенка появились после игры с котенком.

Обследование:

На УЗИ органов брюшной полости отмечены деформация желчного пузыря, перегиб обл.тела.

В общем анализе крови: гемоглобин - 107 г/л, эритроциты -4,0 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 6,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты -21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ кала на яглист: - аскариды.

В общем анализе мочи: цвет-св желт., эпит. плоск -4-8-9, прозрачн., отн плотность -1011, реакция- кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц. -2-4-6. **Кровь на общ IgE-** 340Ед/л (норма – до 100 Ед/л).

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Каковы этиопатогенетические механизмы развития аллергических реакций у пациента?
3. Проведите диффдиагностику.
4. Назначьте обследование. Ожидаемые результаты.
5. Назначьте лечение.
- 6.7.Тактика дальнейшего ведения данного пациента.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача

Ребенок 8 лет поступает с жалобами на головные боли, выраженный насморк, зуд слизистых носа, конъюнктив, приступы чихания.

В анамнезе ребенок аллергик, при употреблении в пищу апельсинов, мандаринов, винограда, дыни появляются эритематозно-папулезные высыпания, зуд на коже щек, лица, шеи. На фоне гипоаллергенной диеты и приема антигистаминовых препаратов кожный процесс стихает.

В семье у отца пациента отмечается Бронхиальная астма.

Настоящее заболевание впервые проявилось в конце лета (август-сентябрь месяцы) – с появлением покраснения слизистых носа, конъюнктив глаз, зуд, отека век, чихания.

На момент осмотра опять отмечаются покраснение век, зуд слизистых носа, приступы чихания, нос заложен. Данные симптомы, по словам мамы, у ребенка появились после игры с котенком.

На УЗИ органов брюшной полости отмечены деформация желчного пузыря, перегиб обл.тела.

В общем анализе крови: гемоглобин - 107 г/л, эритроциты -4,0 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 6,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты -21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 8 мм/ч. **Анализ кала:** чисты лямблии.

В общем анализе мочи: цвет-св желт., эпит. плоск -4-8-9, прозрачн., отн плотность -1011, реак- кисл., белок –нет, глюкоза- нет, лейкоц -2-4-6.

Аллергологическое обследование: IgE508МЕ(Nдо50). Обнаружены в высоком титре(4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, шерсти домашних животных (кошки, кролик), перо подушки. Также отмечена сенсibilлизация к пыльцевым аллергенам - пыльца полыни, березы, осины (+++).

Задание:

1. Назовите ведущий патологический синдром, его патогенетический вариант.
2. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. С какими состояниями, заболеваниями следует провести диффдиагностику?
5. Дальнейшее обследование. Назначьте и обоснуйте лечение.

Кыргызско-Российский Славянский университет
Кафедра педиатрии
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 10 лет заболел остро, когда после укуса пчелы в дневное время, на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов появилась эритематозная сыпь в виде уртикарных высыпаний, сливного характера, кожа над очагами высыпаний гиперемирована. Утром такая же сыпь зарегистрирована на голеньях, вокруг голеностопных суставов, на внутренней поверхности бедер и на ягодицах. Симптомы жгута и щипка отрицательные. При надавливании исчезает, бледнеет.

Язык несколько обложен, кисловатый запах изо рта. Температура 37,3°C. Некоторая болезненность в области точки Кера.

На УЗИ отмечаются реактивные изменения со стороны печени, умеренная гепатомегалия. Деформация в области тела желчного пузыря (перегиб).

В крови тимоловая проба (более 8 ммоль/л), новая проба больше 21 ммоль/л. АСТ/АЛТ = 16/12 мкмоль/л. Общий билирубин 14 мкмоль/л. Белок 74 ммоль/л. По остальным внутренним органам статус без особенностей.

На 2-й день сыпь стала бледнеть, отмечено снижение инфильтрированности (на фоне проводимой терапии). Через 4 дня, после употребления в пищу клубники, появились свежие эритематозно-уртикарные сливные, до локальных отеков высыпания на голеньях, внутренней поверхности бедер, на ягодицах, температура повысилась до 38°C.

В общем анализе крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты -4,4 млн, ЦП - 0,8, лейкоциты - 6,0 тыс. (с/я -48%), лимфоциты -21%, эозинофилы - 28%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. Кровь на общий IgE- 720Ед/л (норма – до 100 Ед/л). **Аллергологическое обследование:**

Обнаружены в высоком титре(4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, шерсти домашних животных (кошки, кролик), перо подушки. Также отмечена сенсibilлизация к пыльцевым аллергенам - пыльца полыни, березы, осины (+++).

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Каковы этиопатогенетические механизмы развития аллергических реакций у пациента?
3. Проведите диффдиагностику.

4. Оцените результаты обследования.
5. Назначьте лечение.
- 6.7. Тактика дальнейшего ведения данного пациента.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 14 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак.

Мать ребенка - 38 лет имеет гастрит; отец - 40 лет – гастродуоденит; бабушка (по отцу) - рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет - пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухость, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 173 см, масса 60 кг, кожа, зев чистые, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен в объеме, при пальпации мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность и изжога. При поверхностной и глубокой пальпации - болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень - у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк. - $7,5 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 56%, э - 2%; л - 33%, м - 7%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; реакция кислая; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; эпит. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 10%, бета - 12%, гамма - 18%,

АЛТ – 31 ЕД/л, АСТ – 55 ЕД/л, амилаза - 60 Ед/л, билирубин общ.– 8.2 мкмоль/л, билирубин прям.– 1.8 мкмоль/л, глюкоза – 4.72 ммоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке поверхностная эрозия до 0,2 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, отечная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные эзофагогастродуоденоскопии.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15-20 минут после ужина, состоящего из бутерброда с маслом, сыром, копченой колбасы, жареной картошки, кофе. Приступ продолжался около 50 минут. Подобные приступы наблюдались дважды: 7 и 4 месяца назад. Однако обследование и лечение не проводилось. Стул периодически обесцвечен, склонность к запорам.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 3-х месяцев.

Мать страдала желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец имеет хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +2 см из-под реберья, мягко-эластичной консистенции.

Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френкиус (+).

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - 4×10^{12} /л; Ц.п. - 0,95; Ле - 10×10^9 /л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Лейкоц. - 2-3 в п/з, Эритроциты - нет

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа₁ - 3%, альфа₂ - 12%, бета - 12%, гамма - 18%;

АЛТ - 50 ЕД/л (норма до 30), АСТ - 60 ЕД/л (норма до 40), амилаза - 80 ЕД/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 Ед (норма до 4), общий билирубин - 18 мкмоль/л. (норма до 17).

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы с фиксированным перегибом в области шейки, стенки до 4 мм (норма 2 мм), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 8-10 мм, дающее

акустическую тень. Поджелудочная железа однородной эхогенности; головка - 19 мм (норма 18), тело - 16 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18)

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные ультразвукового обследования.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, "праздничным" столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки - по возрасту. У матери 34-х лет - гастрит, у бабушки (по материнской линии) – хронический холецистит, хронический панкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце - тоны звучные, ясные, ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм. рт.ст., дыхание везикулярное. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Печень - у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительны.

Общий анализ крови: НЬ - 124 г/л, Ц.п. - 0,88, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Ле - $6,6 \times 10^9/л$; п/я - 4%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная; цвет соломенно-желтый, рН - 6,0; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; Ле - 2-3 в п/з; Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа₁- 5%, альфа₂-14%, бета-13%, гамма-16%; амилаза - 120 ЕД (норма до 128 ЕД), тимоловая проба - 3 ед., общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л.

Амилаза мочи: 188 ЕД (норма до 128 ЕД).

Эластаза-1 кала: 150 мкг/г кала (норма – выше 200 мкг/г).

Копрограмма: нейтральный жир (1,5+), непереваренные мышечные волокна (2+), снижение детрита (1,5+).

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58x35 мм (норма не больше 50x30), перетяжка в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка - 22 мм (норма 16), тело - 18 мм (норма 14), хвост - 26 мм (норма 18), имеются гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные ультразвукового обследования.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) — калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины — единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

ОАК: НЬ — 140 г/л, Ц.п. — 0,93, Эр — $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк - $9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э- 1%, л-26%, м-7%, СОЭ- 15 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, прозрачная; рН — 5,5; плотность — 1020; белок — нет; сахар — нет; эп. пл. — небольшое количество, Л — 0-1 в п/з, Эр — 0; слизь — немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, АЛТ — 40 Ед/л, АСТ — 40 Ед/л, амилаза — 93 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 18 мкмоль/л, из них связ. — 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные ультразвукового обследования.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 12 лет, болен около 9 месяцев, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у матери - гастрит, у бабушки по линии отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в авторском классе, занимается 3 раза в неделю футболом. По характеру интраверт. Осмотр: рост 155 см, масса 38 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,94, Эр - $4,15 \times 10^{12}/л$; Лейк. - $7,4 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 52%, э - 2%, л - 35%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; реакция - кислая; плотность - 1015; белок - нет; сахар - нет; эпит. кл. - единичные в п/з; лейкоциты -2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, АлАТ - 32 ЕД/л, АсАТ - 51 ЕД/л, билирубин общ. - 7.8 мкмоль/л, билирубин прям. - 1.64 мкмоль/л, глюкоза - 4.72 ммоль/л, ЩФ - 137 Ед/л, амилаза - 95 Ед/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке - язвенный дефект 0,9x0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином.

УЗИ органов брюшной полости: Печень визуализация удовлетворительная, расположение обычное, капсула не утолщена, размеры не увеличены, контуры ровные, четкие, эхопоглощение нормальное, эхогенность средняя, эхоструктура однородная, сосудистый рисунок не изменен, воротная вена не расширена, печеночные вены не изменены, внутрпеченочные желчные протоки не расширены, желчные ходы не расширены, объемные образования не обнаружены.

Желчный

пузырь визуализация удовлетворительная, расположение типичное, форма обычная, размеры в пределах возрастных параметров, контуры ровные, четкие, стенка не изменена, эхогенность желчи обычная, объемные образования не обнаружены, общий желчный проток не расширен.

Поджелудочная железа визуализация удовлетворительная, размеры в пределах возрастных параметров, контуры ровные, четкие, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не дилатирован, объемные образования не обнаружены.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие еще дополнительные обследования необходимо провести?
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные ультразвукового обследования.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какова тактика лечения.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) -гастрит, колит, лактазная недостаточность. Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце - ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера - положительны.

Общий анализ крови: НЬ - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр - $3,7 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты - 18‰; Лейк - $12,0 \times 10^9$ /л; п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м -9%, СОЭ - 18 мм/час; тромбоциты - 330×10^7 /л.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: альфа₁ - 6%, альфа₂ - 14%, бета - 13%, гамма - 14%,

АЛТ - 40 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л, амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин -13 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л, железо - 7 мкмоль/л, ОЖСС -79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ (++)).

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с вкраплениями, мышечные волокна не переваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсена. Эр - 30-40 в п/з, слизь.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,4 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость.

Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
4. Оцените лабораторные показатели.
5. Оцените данные колонофиброскопии. 6. Обоснуйте основные принципы лечения. Назначьте диету ребенку.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок, 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе. Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей.

Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см. Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар. Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не "любят" молоко. Осмотр: ребенок правильно телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см., кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Зубы 6/6, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,1 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; относительная плотность - 1015; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л. альбумины - 61%, холестерин 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

Кал на углеводы: реакция положительная.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не изменена; поджелудочная железа - несколько увеличена в хвосте: паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
4. Современные представления об этиопатогенезе заболевания.
5. Какие синдромы можно выявить в биохимическом анализе крови?
6. Имеются ли изменения в копрограмме? 7. Обоснуйте основные принципы лечения. Назначьте диету ребенку.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, 1-х срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см., закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 месяцев, далее - искусственное адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 месяцев (манная, геркулесовая на молоке). До 5 месяцев рос и развивался хорошо, в дальнейшем отмечалось некоторое разжижение стула, отставание в массе. В 1 год масса тела 8500 г. Анамнез болезни: в возрасте 1 года перенес ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отеки на лице. В связи с ухудшением состояния ребенок был госпитализирован.

Осмотр: состояние тяжелое, выраженные отеки на лице, ногах, пояснице; асцит. Кожные покровы бледные, ребенок вялый, самостоятельно не ходит, аппетит снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень +2 см из-под реберного края, селезенка +1 см. стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Общий анализ крови: Hb - 103 г/л. Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,6 \times 10^9/л$; п/я - 2%. с/я - 78%, э - 2%, л - 11%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый; относительная плотность -1015, реакция - кислая; белок - нет, эпителий - единичный; Л - 1-3 в п/з.

Копрограмма: цвет - светло-желтый, реакция - кислая, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - много, крахмал - единичн.

Биохимический анализ крови: общий белок - 36 г/л, альбумины -28%, глобулины: альфа₁ - 6,5%, альфа₂ - 35,5%, бета - 16%, гамма - 14%; калий - 3,2 ммоль/л, кальций– 0,47 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза - 3,6 ммоль/л, железо - 7,8 мкмоль/л. **Анализ кала на углеводы:** реакция отрицательная.

Анализ кала на плазменные белки: +++.

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Фиброгастродуоденоскопия: в желудке и двенадцатиперстной кишке - слизь, складки расправляются полностью. Отмечается зернистость по типу "просо". В тощей кишке большое количество мутной жидкости.

Гистологическое исследование биоптатов слизистой тощей кишки: ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиэктазией. Слизистая резко отечная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, контур ровный; паренхима - мелкозернистая; поджелудочная железа - не увеличена; в брюшной полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
4. Современные представления об этиопатогенезе заболевания.
5. Какие синдромы можно выявить в биохимическом анализе крови?
6. Имеются ли изменения в копрограмме? 7. Обоснуйте основные принципы лечения. Назначьте диету ребенку.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца — гастрит, у бабушки по линии матери — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в

точке Дежардена и Мейо — Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

ОАК: НЬ — 128 г/л, Ц.п. — 0,91, Эр $-4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк — $7,2 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 51 %, э — 3%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 6 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, прозрачный; рН — 6,0; плотность — 1017; белок — нет; сахар — нет; эп. кл. — 1—2—3 в п/з; лейкоциты — 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, АЛТ — 19 Ед/л, АСТ — 24 Ед/л, ЩФ — 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум — очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект $0,8 \times 0,6$ см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить девочке? Обоснуйте, почему.
5. Предложите схему лечения данному ребенку.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании. В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста — диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус

снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,58, Ретик. — 12%, Лейк — $8,8 \times 10^9/л$, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 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, щелочная фосфатаза — 250 ед/л (норма — до 600), АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

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

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.

2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. Какие варианты заболевания Вам известны?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
6. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
7. Назначьте питание.
8. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес — грудное, далее смесью «Туттели». Appetit был всегда снижен. Объективно: масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки бледные. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно — дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС — 124 ударов в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: Но — 72 г/л, Эр — $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 31%, э — 3%, л — 55%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 10,0 мл, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин — 3,2 ммоль/л, глюкоза — 3,4 ммоль/л, мочевины — 3,4 ммоль/л, калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Какая причина этого заболевания?
2. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
3. Какие патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
4. Патогенез задержки физического развития ребенка.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка? 7. Прогноз заболевания? Консультация какого специалиста потребуется?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка Ю., 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до 39,0°C, повторную рвоту, отказ от еды и питья.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3200 г, длина — 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса тела в 11 месяцев — 9,8 кг. Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психо-физическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температуры тела, до 39,2°C, появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 41%, э — 1%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1028, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, калий — 3,2 ммоль/л, натрий — 152 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма — 0,8-1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6-1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 ЕД/л (норма — до 40), серомукоид — 0,480 (норма — до 0,200).

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.
5. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
6. Назначьте лечение.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: *НЬ — 99 г/л, Эр — $3,3 \times 10^{12}/л$, Лейк — $8,1 \times 10^9/л$, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 12 мм/час.*

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

Бактериологическое исследование кала: *дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.*

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Какие клинично-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 3месяцев. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине. Роды в срок, масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. Ребенок начал терять в массе. Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 4200 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтоватосероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Затылок уплощен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 85 г/л, Эр — $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,78, Ретик. — 0,2%, Лейк — $8,8 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с — 32%, э — 1%, л — 60%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 18,5 мкмоль/л, прямой — 12,0 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, щелочная фосфатаза — 550 ед/л. АЛТ — 21 Ед, АСТ — 30 Ед, глюкоза — 3,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
6. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка? 7. Прогноз заболевания?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик, 1 год, поступил в больницу с жалобами со слов мамы на: плохой аппетит, ребенок плохо прибавляет в массе тела, отстает в физическом развитии.

Анамнез жизни: Ребенок от IV беременности, III родов. I, II беременности - нормальные роды, здоровые дети. III беременность - выкидыш на 12 неделе. Данная беременность протекала на фоне токсикоза в I триместре. Анемия на протяжении всей беременности, лекарства не получала, на 8 мес переболела ОРВИ без повышения температуры тела, Роды в сроке на 38 недель, самостоятельные, МПР- 3500, закричал сразу. Выписаны на 3 сутки.

Объективно: При поступлении состояние ребенка средней тяжести, ребенок вялый. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Мышечный тонус снижен, отмечается снижение эластичности и тургора тканей. Кожа легко собирается в складки, но плохо расправляется. Подкожно-жировой слой развит не равномерно, отсутствует на животе, туловище и конечностях; на лице - сохранен. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки».

Отмечается одышка, дыхание в лёгких пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Стул со слов мамы редкий 1 раз в 3 дня. Вес 7800г., рост 67см.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Прогноз.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача Девочка 7 месяцев, поступила в больницу с плохим аппетитом, не-достаточной прибавкой массы тела.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с сильным токсикозом во время беременности. Во время беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 4мес — кашами. Ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен. Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 62 см. Ребенок вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Кожа с пониженной эластичностью. Большой родничок 2×1,5см со слегка податливыми краями. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — не увеличена. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый. Мочеиспускание редкое.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 69 г/л, Эр — $3,3 \times 10^{12}/л$, Лейк — $8,1 \times 10^9/л$, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.

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

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

Задание к задаче

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд.
6. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка В., 10 месяцев, доставлена в детскую больницу в тяжелом состоянии, обусловленное сильным истощением.

Из анамнеза известно, Ребенок от первой беременности, первых родов, беременность протекала на фоне: тяжелой анемии, лечение не получала, угроза выкидыша на 12, 26, 30 неделях беременности. В 7мес переболела ОРВИ. Роды в срок 39 недель, путем кесарева сечения, из-за слабой родовой деятельности. Малыш закричал сразу. Выписаны на 6 сутки. Ребенок находился на искусственном вскармливании, прикорм со слов мамы был введен поздно на 8 месяце. В массе прибавляла плохо. Отставала в психо-моторном и физическом развитии.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок вялый, глазки открывает не охотно, температура тела 35,6°C, Аппетит снижен, со слов мамы малыш часто срыгивает. Кожа бледная, с сероватым оттенком, сухая, конъюнктивы и роговица глаз сухие; Подкожно-жировой слой отсутствует везде, даже на лице и щеках; Конечности холодные, при пальпации отмечается западание большого родничка и глазных яблок. Дыхание поверхностное. Живот втянут, мягкий, безболезненный. Стул частый 3-4раза в день, неоформленный, разжиженный. Вес 5100г., рост 62 см.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 60 г/л, Эр — $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,73, Лейк — $7,2 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций общий — 1,6 ммоль/л, фосфор — 0,6 ммоль/л.

Задание к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
3. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
4. Необходимая терапия?
6. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
7. Каков прогноз для данного ребенка?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 1 года, поступил для обследования в связи с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, плохую прибавку в весе, появление в последнее время обильного зловонного «жирного» стула. Анамнез заболевания: в 6,5 мес в рацион питания введена манная каша, после чего (примерно через месяц) у ребенка изменился стул: стал обильным, пенистым, зловонным и жирным. Улучшение состояния наблюдалось только после отмены манной каши. 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, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500,0 г, 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 8550,0 г. 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.

Дополнительные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 68 г/л, Эр — $2,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,7, Лейк — $16,3 \times 10^9/л$, п/я — 4%, с — 33%, э — 1%, л — 54%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, удельный вес -1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4-5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного. **Задание:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Объясните патогенез развития заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие изменения в копрограмме характерны для данной патологии?

6. Тактика ведения: методы терапии, основные группы лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка М., переведена в детскую больницу в возрасте 9 дней из роддома. Анамнез: матери 28 лет, 1-я беременность 7 лет назад закончилась мед. аборт, 2-я беременность – настоящая. Роды 1, на 39-й неделе, многоводие, воды светлые. Девочка родилась в тяжелом состоянии, крик очень слабый, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела 3150, длина 50 см, Кожа бледножелтая, отечность конечностей, туловища. Известно, что мать имеет В(III) Rh(-) группу крови, отец

- А(II) Rh(+). Во время беременности у матери за месяц до родов определен высокий титр антирезусных антител.

При рождении общий билирубин у ребенка 185 мкмоль/л, гемоглобин 40 г/л. На 20 минуте жизни проведено лечебное мероприятие. За первые четверо суток жизни было в общей сложности проведено 2 таких лечебных мероприятия. С 5 дня жизни желтуха начала уменьшаться, отеки уменьшились к пятому дню жизни.

Данные объективного осмотра при поступлении: температура тела 36.5-36.8 градусов, ЧД 32 в мин, ЧСС 124 в мин, масса 2800, окружность головы 33см, груди 31 см. Состояние тяжелое, крик тихий, имеется лануго на плечах и ушных раковинах, пупочное кольцо расположено низко. Кожа иктеричная, сухая, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз стоп, ладоней, пупочная ранка с серозным отделяемым, имеется отечность нижней части туловища и конечностей. БР 1х1 см, в легких хрипов нет, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, систолический шум во 2-м межреберье. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1,5 см. Стул желтый, моча светлая. Снижена двигательная активность, рефлексы новорожденных снижены, непостоянный симптом Грефе, слева опущение угла рта и сглаженность носогубной складки.

Данные обследования: общий анализ крови: Нв 116 г/л, эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,85, тромб.-143,5 тыс., лейкоц.- $8,3 \times 10^9/л$, миел.-2, метамиел.-1, п.я.-2, с.я. - 40, э.-1, л.-46, м.- 8, СОЭ-4 мм/час.

Биохимия крови: белок 60 г/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, билирубин прямой-нет, непрямой - 250 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа крови и Rh фактор вероятнее всего у данного ребенка?
3. Какое лечебное мероприятие было проведено в роддоме 2 раза?
4. Другие методы лечения данного заболевания, принципы реабилитации?
5. Прогноз.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортом без осложнений. У женщины кровь Rh-отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1:16. Ребенок родился в срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в отделение совместного пребывания через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное дыхание, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 3 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки 2 см ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери II(A), ребенка I (0). Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось: стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 302 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Рассчитайте почасовой прирост билирубина.
7. Назначьте лечение, рассчитайте количество эритроцитарной массы и плазмы для операции заменного переливания компонентов крови.
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
9. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с

багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Пенный тест Клементса слабоположительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов.

В анализе крови - Нв -160г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $16 \times 10^9/л$, п -6%, с -63%, э -1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
5. Опишите принципы терапии в родильном доме.
6. Какие возможны осложнения?
7. Можно ли делать профилактические прививки? 8. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок Т., мальчик, от первой беременности, извлечен путем кесарева сечения. Женщина первородящая 34 года, имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу пиелонефрита. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией. Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо.

Перенес ОРЗ в возрасте 8 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5 С. Отказывается от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в минуту, ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

При обследовании в стационаре: на R-граммелегочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон. В анализе крови: НБ - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,97, лейкоциты - $16 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 64%, э - 2%, л - 22%, м - 10%, СОЭ-7 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна тактика врача-педиатра на участке?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения. 8. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.

Кыргызско-Российский Славянский университет**Кафедра педиатрии****Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача**

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 5е 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.

Кыргызско-Российский Славянский университет**Кафедра педиатрии****Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача**

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период 2 часа. При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар.

При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38°С.

В анализе крови - Нв -160г/л, эритроциты - 4,6х 10¹²/л, ЦП -0,97, лейкоциты -26х 10⁹/л, п - 10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины заболевания ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Нужны ли консультации специалистов?
5. Изложите принципы ухода за ребенком.
6. Назначьте местное лечение.
7. Обоснуйте принципы терапии. 8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок М., мальчик, возраст 3 дня жизни, доставлен в отделение реанимации. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности. У матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей. Назначена антибактериальная терапия.

Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в отделение реанимации.

При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на гиперемированной коже передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота - пастозность. Вследствие

резкого вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови.

В анализе крови - Нв 160г/л, эритроциты $-4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты $-28 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м- 6%, СОЭ -7 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Правильна ли тактика неонатологов родильного дома?
3. Назовите причины заболевания.
4. В какое отделение стационара должен быть госпитализирован ребенок?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные исследования потребуются?
7. Обоснуйте принципы ухода за ребенком.
8. Как должен вскармливаться больной?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае?
11. Обоснуйте патогенетическую терапию.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка Н., 1 месяц. Поступила в отделение с жалобами матери на желтушность кожных покровов, неустойчивый стул с примесью зелени. Из анамнеза: от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, во второй – мама перенесла ОРЗ с высокой температурой (получала симптоматическое лечение). Роды в сроке 40 недель, быстрые. Масса тела при рождении 3500г, рост 51 см. Закричала сразу, приложена к груди в родзале. С трехдневного возраста появилась интенсивная желтуха. Через 2 недели после родов у мамы отмечен лактостаз. После этого через неделю у ребенка ухудшился стул – стал жидким с примесью зелени, без слизи, 4-5 раз в день. Пупочная ранка эпителизировалась плохо.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров умеренно желтушный, склеры иктеричны. В естественных складках видны элементы потницы. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Дыхание через нос свободное, одышки нет, аускультативно определяется пуэрильное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий при пальпации во всех отделах, безболезненный. Пупочная ранка с серозно-геморрагическим отделяемым. Пупочные сосуды не пальпируются. Печень увеличена на 1,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. На грудном вскармливании, аппетит хороший. Стул при осмотре оформленный, без патологических примесей, желтого цвета. Мочеиспускание свободное. Ребенок несколько вял, взгляд фиксирует плохо.

Выявлена мышечная дистония, опора на кончики пальцев стопы.

Обследование: общий анализ крови - Нв 131г/л, эритроциты $-4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,93, ретикулоциты – 2,4, лейкоциты $-28 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м- 6%, СОЭ -7 мм/час.

Биохимический анализ крови _ общий белок – 56 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, холестерин – 2,3 ммоль/л, АЛТ – 17 ед/л, САТ – 26 ед/л, тимоловая проба – 1,3 ед, непрямой билирубин – 152 мкмоль/л. Реакция Кумбса отрицательная.

После перевода ребенка на искусственное вскармливание интенсивность желтухи начала снижаться.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Какие дополнительные исследования потребуются? 4 Обоснуйте принципы терапии.
5. Как должен вскармливаться больной? 6. Проведите дифференциальный диагноз.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка поступила в стационар в 6 дней. Матери 26 лет, 1-ая беременность протекала с рвотой беременных в 1-ом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, в связи с чем назначен окситоцин. 1 период родов - 12час, 2 период - 25мин, безводный период – 10 час. Затруднение выведения плечиков. Масса при рождении - 4200 г, длина-54см, ОГ-37см, ОГК-37см. Оценка по шкале Апгар 7/8. После рождения ребенок беспокойный, гипервозбудим. Мышечная дистония, объем движений в левой руке снижен. В роддоме ребенок получал: сернокислую магнезию, фенобарбитал, канакион.

На 6-е сутки переведен в стационар. Состояние средней тяжести, кожа розовая с мраморным рисунком. БР=2 x 2 см. ЧМ иннервация без особенностей, рефлексы орального автоматизма+. Ладонно-ротовой, хватательный и Моро слева снижены. Мышечный тонус в руках снижен, в левой руке гипотония более выражена, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в локтевом и плечевом суставах, в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой левой мышцы не вызывается. Печень+1,5 см из под реберной дуги, стул желтый кашецеобразный.

Обследование:

Общий анализ крови - Нв – 221г/л, Эр - $6,5 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $7 \times 10^9/л$, п-6%, с56%, э-1%, л-30%, м-7%, СОЭ - 3 мм/ч. Общий билирубин – 98 мкмоль/л. НСГ: немногочисленные эхо-плотные включения в подкорковых ганглиях, повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины, способствовавшие развитию патологии.
3. Назначьте лечение.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок 5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Какова должна быть даль тактика ведения ребенка?
7. Каков прогноз в данном случае?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок К., мальчик, родился

в срок 42 недели гестации.
Беременность первая. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. Во второй половине беременности диагностирована нефропатия беременных - отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. У женщины рахитически суженный таз. Масса тела ребенка при рождении 3900 г. Безводный период - 20 часов.

При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. На третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см., баллотирует, ограничено швами.

В общем анализе крови - Эр. $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л, Лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины привели к развитию данного патологического состояния? 3. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Нужны ли дополнительные методы обследования?
6. Есть ли необходимость в консультации специалистов?
7. Требуется ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток -13,5 часов. Околоплодные воды - прозрачные.

В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду.

При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час.

В анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 62%, л - 16%, э - 2%, м - 8%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Изложите принципы выхаживания и терапии ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Какие возможны осложнения? 6. Можно ли делать профилактические прививки?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации)

самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов.

Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы.

В анализе крови при рождении Hb - 160 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, с/я - 63%, п/я - 4%, л - 25%, э - 2%, м - 6%, тромбоциты - $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Hb - 140 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, СОЭ - 4 мм/час. Сатурация 69%, глюкоза - 2,3 ммоль/л.

На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Изложите принципы выхаживания и терапии ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы? 5. Какие возможны осложнения?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа тонических судорог в конечностях, с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты, остановилось дыхание, девочка посинела.

Объективно: При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела $36,6^{\circ}C$, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок $2,0 \times 2,0$ см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена «гаррисонова борозда». Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо — положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая - по левой средне-ключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Дополнительные данные исследования:**

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,83, Лейк — $7,2 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138

ммоль/л,
фосфор
ЭЭГ —

кальций общий — 1,6 ммоль/л,
— 0,6 ммоль/л.

без регистрации
эпилептиформной активности.



синдрома
3. С

Задание к задаче 1.

Сформулируйте
клинический диагноз.

2. Каков механизм развития судорожного у данного ребенка? какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какие

мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?

4. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?

6. Чем опасен судорожный синдром?

7. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике? 8. Назначьте лечение.

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной смесью «Малютка». С 4 мес получает манную кашу. С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3×3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «четки». Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, левая — на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС — 130 ударов в мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

Дополнительные данные исследования



Общий анализ крови: НЬ — 90 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $6,4 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 23%, э — 4%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия — нет, слизи — нет, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз. В чем причина развития заболевания?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого?
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
8. Назначьте терапию.
10. Какие костные изменения изображены на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем — искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 ударов в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,6 \times 10^{12}/л$; Лейк — $5,6 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 31%, э — 2%, л — 56%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40 мл, лейкоциты — 2—3 в п/з, эритроциты — нет.

Задание к задаче

1. Ваш клинический диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие причины способствовали заболеванию?
4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Опишите патогенез остеомалации.
6. Почему остеомалация указывает на острое течение заболевания?
7. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?
8. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
9. Тактика лечебных мероприятий?
10. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве контроля за эффективностью лечения?
11. Какой симптом изображен на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

**Госпитальная педиатрия
Экзаменационная задача**

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами.



Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. — в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Из анамнеза заболевания: Заболевание началось с 1,5 мес, когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии.

При осмотре: температура тела 37,4°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые оболочки полости рта бледные. Зубы — 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, «олимпийский лоб». Грудная клетка деформирована — «куриная грудь». При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Границы сердца не расширены.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $3,5 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 31%, э — 1%, л — 63%, м — 3%, СОЭ — 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: кальций — 2,0 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л, ЩФ — 950 Ед/л (норма — до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Задание к задаче

1. Ваш диагноз? Какова причина заболевания?
2. Что способствует развитию этого заболевания? Чем объяснить грубую деформацию костной ткани?
3. Что изображено на фото?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Как проводить лечение? Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами.



Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D₂.

Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены

лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2×2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС — 150 ударов в мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-

под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,8, Ретик. — 2%, Лейк

— $7,0 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 26%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 50,0 мл, цвет — светло-желтый, прозрачная, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения кальция и фосфора в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?
4. Какова функция паращитовидных желез у ребенка?
5. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
6. Связано ли развитие судорожного синдрома с временем года?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Какие исследования необходимо провести для уточнения генеза анемии?
9. Какова терапия этого заболевания?
10. Какой симптом Вы наблюдаете на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

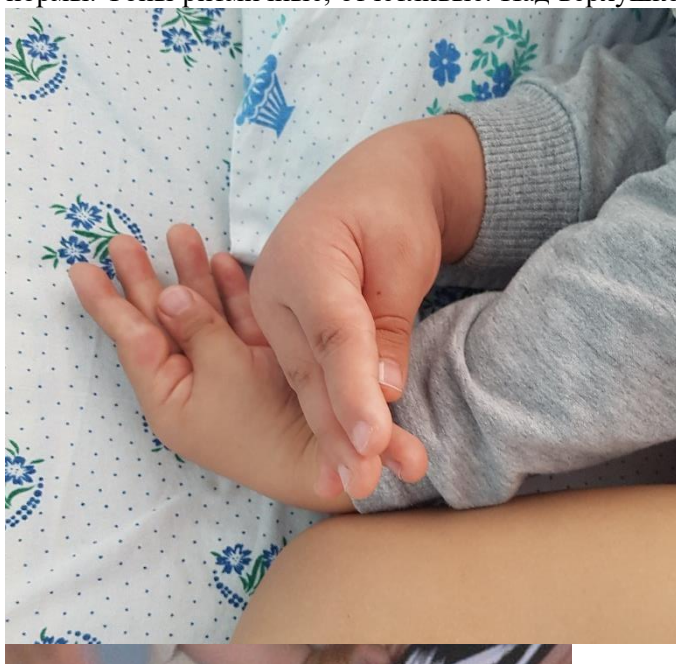
Из анамнеза жизни: Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес — кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2, мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожножировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желтозеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 99 г/л, Эр — $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $8,1 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, э — 1%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.

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



исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

Задание к задаче

1. Клинический диагноз на момент осмотра? Возможные причины патологических состояний? План дополнительного обследования?
2. Оцените вид нарушения питания.
3. Какие изменения в биохимическом анализе крови следует ожидать у больного?
4. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка? Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
5. План медикаментозного лечения? В какой дозе следует назначить витамин D ребенку? 6. Как называется форма черепа на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

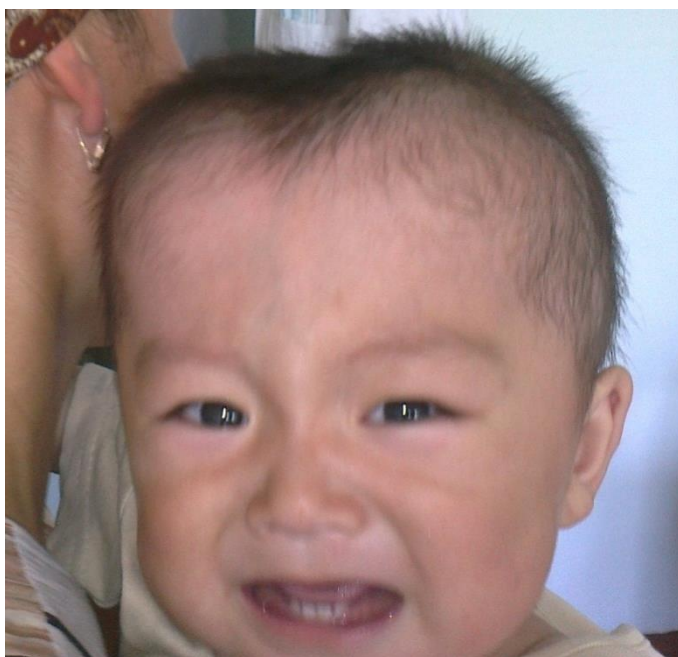
Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

На профилактическом приёме у участкового врача ребёнок 9 месяцев.

Из анамнеза: ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза во 2 триместре, мать во время беременности поливитаминные препараты не принимала, роды 1 срочные. Вес при рождении 3300 г., длина 50 см., оценка по Апгар 8/9 баллов. Ребенок родился в сентябре. Неонатальный период без особенностей. На грудном вскармливании до 1 месяца, далее - искусственное вскармливание (адаптированные молочные смеси). В настоящее время в питании преобладают молочно-крупяные блюда. Дважды перенес ОРВИ.

Масса тела 8900 г, длина 71 см. При оценке нервно-психического развития выявлено отставание на 1 эпикризный срок моторных функций, умений и навыков.

При осмотре обращало на себя внимание: кожные покровы бледные. Значительно выступают лобные и теменные бугры («квадратная» голова), затылок уплощён, большой родничок 1,5×1,5 см, края неподатливы. Зубов нет. Грудная клетка: развёрнута нижняя апертура, на рёбрах «чётки», на запястьях «браслетки». Мышечная гипотония. Живот увеличен в размерах, печень пальпируется на 1,5 см из-под края рёберной дуги, отмечаются запоры.



Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $7,5 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 31%, э — 1%, л — 63%, м — 3%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 65,0 г/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, кальций — 2,0 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л, ЩФ — 950 Ед/л

Задание к задаче

1. Ваш клинический диагноз, его обоснование.
2. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза, ожидаемые результаты.
3. Проведите диффдиагностику.
4. Морфологические изменения в костях при рахите.
5. Какие органы и системы (кроме костной) поражаются при рахите.
6. Профилактика рахита.
7. Современные препараты витамина Д.
8. Какой симптом изображен на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Девочка В., 11 месяцев, массой 10 кг, поступает в приемный покой детской больницы по поводу приступа закатывания на фоне плача.

Из анамнеза известно, что ребенок на фоне относительного благополучия, во время игры ударилась головой и «закатилась», посинела. Обратились из-за впервые развившегося приступа.

Объективно: ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 1,0 x 1,0 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные и теменные бугры. На грудной клетке выражена «гаррисонова борозда». Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо, Маслова - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,5 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется, на осмотр реагирует активно, сопротивляется, громко кричит. Внезапно крик стихает, наступает остановка дыхания, появляется диффузный цианоз, сознания не теряет.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: Нб - 120 г/л. Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,83, Лейк - $7,2 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: кальций общий - 1,9 ммоль/л, фосфор - 0,5 ммоль/л. ЩФ - 950 Ед/л.



Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. С какими заболеваниями
4. Окажите неотложную помощь.
5. Назначьте дальнейшее лечение.
6. Какой симптом изображен на фото?

Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия

Экзаменационная задача №50

Мальчик 6,5 месяцев в апреле поступил в отделение патологии грудного возраста с выраженными тоническими судорогами.

Из анамнеза известно: ребенок от второй беременности. Во время беременности у матери отмечались анемия 1-й степени, судороги в икроножных мышцах. Родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем переведен на кормление смесью "Малютка". С 4месячного возраста получает манную кашу. С 2 месяца жизни появились потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность. С 6 месяцев диагностирован рахит, начал получать масляный раствор витамина Д по 5000 МЕ в день в течение последних 3-х дней. Родители считают себя здоровыми. Старший ребенок в семье в течение недели болеет ОРВИ. Судороги начались на фоне плача.

Объективно: масса тела 8100 г, длина 63 см. Тургор тканей снижен. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3x3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС - 130 уд/мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Напряжение икроножных мышц, симптом «руки акушера», периодически тонические судороги.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,83, Лейк — $7,2 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 20%, э — 4%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

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

ЭЭГ – без регистрации эпилептиформной активности.

Задание к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. В чем причина развития заболевания у данного ребенка?
5. Какие симптомы для выявления латентной формы данного заболевания Вы знаете?
6. Какой симптом изображен на фото?



Кыргызско-Российский Славянский университет

Кафедра педиатрии

Госпитальная педиатрия Экзаменационная задача

Ребенок 11 месяцев, от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. 1,5 мес., появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 36,7°C Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована - "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: X-образное искривление. Левая нога короче правой на 11,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС - 136 уд/мин. Печень + 4 см из-под реберного края. Селезенка - +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервнопсихическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано. **Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $7,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600).

предплечья?



б. Какой симптом Вы наблюдаете на рис 2.?

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон

предварительного обызвествления. **Задание к задаче**

1. Ваш диагноз?

2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?

3. Ваши представления о патогенезе заболевания.

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Как проводить лечение?
5. Что изображено на рентгенограмме костей

Приложение №2

ДИФ. ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. При каких заболеваниях в основе повреждения тканей лежат анафилактические реакции?

- 1) поллиноз
- 2) крапивница
- 3) хронические неспецифические заболевания легких
- 4) гиперплазия тимуса
- 5) сахарный диабет

2. Механизмы гиперчувствительности немедленного типа лежат в основе:

- 1) бронхиальной астмы

- 2) аутоиммунной гемолитической анемии
- 3) контактного дерматита
- 4) экзогенного аллергического альвеолита
- 5) реакции Манту

3. Механизмы гиперчувствительности замедленного типа лежат в основе:

- 1) сывороточной болезни
- 2) гемолитической болезни новорожденного
- 3) контактного дерматита
- 4) туберкулиновой реакции
- 5) отека Квинке

4. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при астме:

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- 3) пролонгированные β -агонисты
- 4) симпатомиметики

5. Какие провокационные аллергические пробы целесообразно проводить при аллергических контактных дерматитах?

- 1) ингаляционные 2) интраназальные
- 3) конъюнктивальные
- 4) аппликационные
- 5) внутрикожные

6. Проявления атопического дерматита чаще провоцируются:

- 1) холодной погодой
- 2) горячей водой

3) расчесыванием

4) пищевыми аллергенами

5) инфекциями

7. Характерными признаками для аллергизации бытовыми аллергенами является:

1) умеренная эозинофилия

2) аллергические проявления появляются, как правило, весной 3) аллергические проявления могут проходить при перемене места жительства

4) аллергические проявления могут возникать после уборки в квартире

5) сочетание с пищевой аллергией

8. Характерными признаками для аллергизации пыльцевыми аллергенами является:

1) высокая эозинофилия

2) сезонность с частыми обострениями весной и летом

3) аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома

4) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов

5) обострения провоцируются гипервентиляцией

9. Аллергический ринит, как правило, обусловлен сенсibilизацией:

1) пылью растений

2) солями тяжелых металлов

3) антигенами бактериальных капсул

4) бытовой пылью

5) пищевыми аллергенами

10. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при аллергическом рините:

- 1) легкое течение
- 2) среднетяжелое течение
- 3) тяжелое течение
- 4) отсутствие сезонности

11. Используя местные глюкокортикоиды при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 2) максимальный эффект развивается через 2-3 недели
- 3) после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить
- 4) после достижения положительного эффекта дозу препарата следует постепенно снизить в 2-3 раза
- 5) при тяжелом непрерывном течении препарат можно давать до 2 лет 12. Используя блокаторы H1 гистаминовых рецепторов при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) лучше применять на ранних стадиях заболевания
- 2) при отсутствии эффекта следует увеличить дозу и удлинить курс 3) в период ремиссии следует периодически принимать эти препараты для профилактики обострений
- 4) при затяжном течении лучше принимать внутрь, а не местно

13. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) длительность применения должна быть больше 2 месяцев
- 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
- 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

14. Специфическая иммунотерапия при аллергическом рините показана при:

- 1) круглогодичном течении
- 2) сезонном течении при наличии поливалентной сенсibilизации
- 3) совпадении аллергических проб и клинических данных
- 4) длительности заболевания не более 6 лет
- 5) отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

15. Используя интраназальные адреномиметики при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период ремиссии

16. Специфическая гипосенсибилизация показана:

- 1) при аллергии на пыльцу злаковых
- 2) для профилактики местной реакции на укусы пчел
- 3) при аллергии на пыльцу деревьев
- 4) для профилактики анафилаксии на укус осы
- 5) при аллергизации антигенами бытовых клещей

17. Что из перечисленного является прямым показанием для назначения глюкокортикоидов?

- 1) тяжелый астматический приступ
- 2) атопический дерматит, локализованная форма
- 3) синдром Стивена-Джонсона
- 4) анафилактический шок

5) легочный эозинофильный инфильтрат

18. Какие из приведенных фактов будут верны для бронхиальной астмы:

- 1) если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%
- 2) конкордантность у монозиготных близнецов 100%
- 3) у сельских жителей возникает чаще, чем у городских
- 4) если болеет только отец – риска для ребенка практически нет
- 5) заболевание передается воздушно-капельным путем

19. Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:

- 1) наличие выраженного аллергического компонента
- 2) приступы провоцируются физической нагрузкой
- 3) гормональную зависимость
- 4) астматические статусы в анамнезе
- 5) астма сочетается с тяжелым аллергодерматозом

20. Клинические признаки, ассоциированные с астмой:

- 1) аспирин может вызывать или усиливать проявления
- 2) единственным внешним проявлением может быть кашель 3) во время приступа хрипов в легких может не быть 4) отсутствие хрипов в легких во время приступа – хороший прогностический признак
- 5) приступы обычно сопровождаются субфебрилитетом

21. Признаки тяжелого астматического приступа:

- 1) цианоз
- 2) боли при глотании
- 3) PCO_2 более 40
- 4) величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной
- 5) заложенность носа и слезотечение

22. При астматическом статусе обязательно назначаются:

- 1) внутривенное введение эуфиллина
- 2) оксигенотерапия
- 3) блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов
- 4) седативные препараты
- 5) гормоны парентерально

23. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют, прежде всего:

- 1) блокаторы H₁- гистаминовых рецепторов
- 2) оксигенотерапию
- 3) b₂-адреномиметики
- 4) b-блокаторы
- 5) кромогликат Na

24. Повышенный риск смерти во время приступа бронхиальной астмы ассоциирован с:

- 1) началом астмы в раннем возрасте
- 2) наличием в роду больных аллергическими заболеваниями
- 3) астматическими статусами в анамнезе
- 4) передозировкой ингаляционных b₂-адреномиметиков
- 5) поздним назначением системных глюкокортикоидов

25. Повышают риск развития бронхиальной астмы:

- 1) наличие астмы в семейном анамнезе
- 2) атопический дерматит в первые годы жизни
- 3) проживание в сельской местности
- 4) курение в семействе

5) преждевременное половое созревание

26. Необходимые исследования при постановке диагноза атопическая бронхиальная астма: 1) бронхоскопия

2) посев мокроты

3) спирография

4) кожные пробы с аллергенами (РАС тест)

5) определение Т- и В-лимфоцитов в крови

27. Показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

1) легкое течение

2) выраженная сезонность

3) тяжелое течение

4) отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

5) астматический статус

28. Используя ингаляционные глюкокортикоиды при бронхиальной астме, следует помнить:

1) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты

2) частым осложнением является кандидоз слизистой

3) частым осложнением является нарушение прорезывания зубов

4) нельзя сочетать с адреномиметиками

5) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток 29. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при бронхиальной астме, следует помнить:

1) оптимальный курс 2-4 недели

2) длительность применения должна быть не меньше 2 месяцев 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения

4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня

5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

30. Специфическую иммунотерапию при бронхиальной астме назначают в тех случаях, когда:

1) длительность заболевания не более 3 лет

2) длительность заболевания более 3 лет

3) течение круглогодичное

4) течение сезонное

5) нет наследственной предрасположенности

ДИФ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. Укажите экзогенные причины хронических заболеваний желудка и 12перстной кишки:

1) нарушение гастродуоденальной моторики

2) пищевая аллергия

3) пилорический хеликобактер 4) лекарственные воздействия

2. Укажите эндогенные причины хронических заболеваний желудка и 12перстной кишки:

1) нарушение гастродуоденальной моторики

2) пилорический хеликобактер

3) гормональные нарушения

4) нарушения вегетативной нервной регуляции

3. К факторам «защиты» слизистой желудка относятся:

1) слизисто-бикарбонатный барьер

2) пепсиноген

3) регенераторная способность слизистой оболочки

4) достаточное кровоснабжение

4. К факторам «агрессии» при хронической гастродуоденальной патологии относятся:

1) повышенная выработка HCl и пепсина

- 2) достаточное кровоснабжение
- 3) гастродуоденальная дисмоторика 4) пилорический хеликобактер

5. По этиологии выделяют следующие гастриты:

- 1) ассоциированный с НР
- 2) гранулематозный
- 3) аутоиммунный 4) реактивный

6. По локализации выделяют следующие гастриты:

- 1) антральный
- 2) эозинофильный
- 3) фундальный
- 4) пангастрит

7. По характеру эндоскопических изменений при хроническом гастрите выделяют: 1) эрозивный

- 2) эритематозный
- 3) эозинофильный 4)
- гипертрофический

8. Диагностика хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки включает:

- 1) определение уровня глюкозы в крови
- 2) эндоскопию
- 3) гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки
- 4) оценку желудочного сока

9. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей:

- 1) тело желудка
- 2) 12-перстная кишка
- 3) двойная локализация 4) дно желудка

10. Укажите осложнения язвенной болезни:

- 1) тромбоцитопения
- 2) кровотечение
- 3) стеноз привратника 4) пенетрация

11. Перечислите препараты, которые можно использовать для лечения пилорического хеликобактера:

- 1) солкосерил
- 2) де-нол

3) амоксициллин 4) кларитромицин

12. Для целиакии характерно:

- 1) нарушение кишечного всасывания
- 2) атрофические изменения слизистой 12-перстной и тонкой кишки 3) клиническая и гистологическая нормализация при отсутствии в пище глютена
- 4) нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы

13. Для муковисцидоза характерны следующие клинические формы:

- 1) анемическая
- 2) легочная
- 3) кишечная
- 4) смешанная

14. Для легочной формы муковисцидоза характерны:

- 1) отеки
- 2) коклюшеподобный кашель
- 3) двустороннее поражение легких 4) затяжное течение заболеваний легких

15. Для кишечной формы муковисцидоза характерно:

- 1) отставание в физическом развитии
- 2) коклюшеподобный кашель
- 3) большое количество нейтрального жира в копрограмме
- 4) увеличение хлоридов пота

16. Возбудителем трихоцефалеза являются:

- 1) острицы
- 2) аскариды
- 3) власоглавы 4) лямблии

17. Продолжительность жизни власоглава составляет:

- 1) 1 месяц
- 2) 1 год
- 3) 3 года
- 4) 5 лет

18. Местом обитания власоглавов является:

- 1) тонкий кишечник
- 2) слепая кишка 3) прямая кишка

4) 12-перстная кишка

19. Какие фазы различают при аскаридозе:

- 1) кожную
- 2) миграционную
- 3) кишечную 4) печеночную

20. Для миграционной фазы аскаридоза характерно:

- 1) инфильтраты в легких
- 2) увеличение эозинофилов в общем анализе крови
- 3) увеличение размеров сердца 4) повышение температуры

21. Для кишечной фазы аскаридоза характерно: 1) повышение аппетита

- 2) снижение аппетита
- 3) боли в животе
- 4) желудочно-кишечные расстройства

22. Какой из гельминтозов является наиболее контагиозным в детском коллективе: 1) аскаридоз

- 2) энтеробиоз
- 3) трихоцефалез 4) токсокароз

23. Для клинической картины энтеробиоза характерны:

- 1) эозинофильные инфильтраты в легких
- 2) нарушение сна
- 3) зуд и расчесы на коже 4) боли в животе

24. Для эйтрофии характерны:

- 1) масса тела и рост соответствуют возрастной норме
- 2) отмечается пропорциональное отставание по массе тела и росту
- 3) нормальное развитие подкожно-жирового слоя
- 4) избыток массы тела

25. Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) – это хроническое расстройство питания:

- 1) с дефицитом массы тела
- 2) с пропорциональным отставанием массы тела и роста
- 3) с избыточной массой тела
- 4) с нормальной массой и длиной тела

26. Назовите пренатальные причины нарушения питания:

- 1) количественный и качественный недокорм ребенка
- 2) заболевания матери во время беременности
- 3) недостаточное питание матери
- 4) патология плаценты

27. Для тяжелого нарушения питания характерно:

- 1) отставание в массе тела более чем на 30%
- 2) отставание в росте
- 3) отсутствие подкожно-жирового слоя на конечностях, туловище и животе
- 4) нормальный рост

28. Назовите экзогенные причины нарушения питания:

- 1) кишечные инфекции
- 2) количественный и качественный недокорм
- 3) пороки развития внутренних органов
- 4) интоксикации

29. Перечислите эндогенные причины нарушения питания:

- 1) количественный и качественный недокорм
- 2) пороки развития внутренних органов
- 3) синдром мальабсорбции
- 4) эндокринные и нейроэндокринные расстройства

30. Для врожденного адреногенитального синдрома (сольтеряющая форма) характерны:

- 1) плохая прибавка в массе тела
- 2) рвота
- 3) избыточная масса тела
- 4) эксикоз

ДИФ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОВИ

1. При геморрагическом васкулите проявления геморрагического синдрома связано с:

- 1) тромбоцитопенией
- 2) дефицитом факторов свертывания

3) патологией сосудистой стенки

4) недостатком железа в крови

2. В желудочно – кишечном тракте всасывание железа преимущественно осуществляется в:

1) желудке

2) двенадцатиперстной кишке

3) толстой кишке

3) в ротовой полости

3. Признаком внутрисосудистого гемолиза является:

1) повышение непрямого билирубина

2) ретикулоцитоз

3) повышение свободного гемоглобина плазмы

4) повышение цветового показателя

4. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:

1) времени кровотечения

2) времени свертывания

3) и того, и другого

4) ни того, ни другого

5. Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:

1) повреждение сосуда

- 2) уменьшение объема циркулирующей крови
- 3) гипоксия гемического типа
- 4) дефицит железа
- 5) снижение содержания эритроцитов в крови

6. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:

- 1) первый триместр беременности
- 2) второй триместр беременности
- 3) третий триместр беременности
- 4) в момент зачатия

7. При кризе иммунной гемолитической анемии на первом месте стоит назначение:

- 1) заместительной терапии
- 2) глюкокортикоидов
- 3) спленэктомии
- 4) цитостатиков

8. Наиболее значимыми признаками гемолиза являются:

- 1) анемия+ретикулоцитоз
- 2) анемия+ретикулоцитоз+повышение уровня непрямого билирубина
- 3) повышение цветового показателя
- 4) увеличение печени

9. Изоиммунная тромбоцитопеническая пурпура возникает в результате:

- 1) недостаточного образования тромбоцитов
- 2) несовместимости крови матери и плода по АВ0-системе
- 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
- 4) наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов

10. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

- 1) нормохромной
- 2) гиперхромной
- 3) гипохромной
- 4) мегалобластической

11. Какие из нижеперечисленных антикоагулянтов синтезируются в печени и являются витамин К – зависимыми:

- 1) антитромбин III
- 2) протромбины С и S
- 3) С1 – ингибитор, гепариновые факторы II, V
- 4) факторы VIII, IX

12. Патогенез кровоточивости при идиопат. тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:

- 1) патологией сосудистой стенки
- 2) дефицитом плазменных факторов свертывания
- 3) нарушениями в сосудисто – тромбоцитарном звене гемостаза
- 4) дефицитом витамина К

13. 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

14. При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:

- 1) увеличивается
- 2) не меняется
- 3) снижается
- 4) видоизменяется

15. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

- 1) гипоплазией
- 2) аплазией
- 3) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови
- 4) гиперпродукцией бластных клеток

16. Первый перекрест в лейкоцитарной формуле крови отмечается в возрасте:

- 1) 2-3 дня жизни
- 2) 4-5 дней жизни
- 3) 10-11 дней жизни
- 4) 5-6 месяцев

17. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тип кровотечения:

- 1) гематомный
- 2) васкулитно – пурпурный
- 3) петехиально – пятнистый
- 4) смешанный
- 5) ангиоматозный

18. Основным звеном патогенеза при геморрагическом васкулите является повреждение сосудистой стенки:

- 1) вирусами
- 2) микротромбами
- 3) бактериальными токсинами
- 4) иммунными комплексами

19. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:

- 1) недостаточным образованием тромбоцитов
- 2) повышенным разрушением тромбоцитов
- 3) перераспределением тромбоцитов
- 4) снижением продукции тромбоцитов в костном мозге

20. Тип наследования гемофилии:

- 1) рецессивный, сцепленный с X-хромосомой
- 2) аутосомно – доминантный

- 3) аутосомно - рецессивный
- 4) рецессивный связанный с У –хромосомой

21. Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:

- 1) повреждение сосуда
- 2) уменьшение объема циркулирующей крови
- 3) гипоксия гемического генеза
- 4) дефицит железа
- 5) снижение содержания эритроцитов в крови

22. У детей старше одного года количество тромбоцитов составляет ($\times 10^9/\text{л}$):

- 1) 50-100
- 2) 50-200
- 3) 100-300
- 4) 150-300

23. Трансплацентарная тромбоцитопеническая пурпура возникает у новорожденного при:

- 1) недостаточности образования тромбоцитов
- 2) несовместимости крови матери и плода по АВ0-системе
- 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
- 4) иммунной тромбоцитопенической пурпурой у матери

24. Для лечения болезни Виллебрандта эффективно применение:

- 1) тромбоконцентрата

- 2) препаратов VIII фактора
- 3) дицинона
- 4) преднизолона

25. Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:

- 1) VIII фактора
- 2) IX фактора
- 3) XI фактора
- 4) XII фактора

26. Лабораторные критерии гемолитической анемии:

- 1) повышение гематокрита
- 2) тромбоцитоз
- 3) повышение прямого билирубина
- 4) снижение гемоглобина, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина

27. Лабораторные критерии гемофилии:

- 1) отсутствие протромбина
- 2) отсутствие фибриногена
- 3) гиперкоагуляция по АКТ и укорочение пр. Ли-Уайта
- 4) гипокоагуляция по АКТ и удлинение пр. Ли-Уайта
- 5) снижение уровня фактора 7

28. Длительность кровотечения 15 мин и более характерна:

- 1) для гемофилии
- 2) геморрагического васкулита
- 3) синдрома Рейтера
- 4) болезни Виллебранда

29. Увеличение времени свертывания крови до 20 мин и более характерно:

- 1) для гемофилии
- 2) тромбоцитопении
- 3) тромбоцитопатии
- 4) гемолитической анемии

30. Для диагностики гемофилии проводятся следующие исследования:

- 1) определение длительности кровотечения
- 2) определение протромбинового индекса
- 3) определение времени свертывания крови
- 4) определение осмотической резистентности эритроцитов

ДИФ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

1. Выберите клинические симптомы, наиболее характерные для острого пиелонефрита:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) боли в животе
- 3) затрудненное мочеиспускание 4) повышение температуры

2. Выберите препараты, которые чаще всего назначают при нефритическом синдроме: 1) преднизолон

- 2) курантил

3) цитостатики 4)
гепарин

3. Для какого заболевания почек характерно снижение слуха?

- 1) синдром Де Тони-Дебре-Фанкони
- 2) фосфат-диабет
- 3) синдром Альпорта 4) интерстициальный нефрит

4. Какой из препаратов вызывает быстрый диуретический эффект?

- 1) гипотиазид
- 2) лазикс
- 3) диакарб 4) верошпирон

5. Назовите диуретический препарат, который не назначают детям с отеками почечного происхождения:

- 1) лазикс 2) урегит
- 3) диакарб 4) верошпирон

6. Для образования камней в моче имеет значение:

- 1) реакция мочи
- 2) перенасыщение солями
- 3) содержание в моче ацетона
- 4) особенности питания ребенка

7. Протеинурия не более 2 г/л, гематурия, олигоурия - характерны для:

- 1) нефритического синдрома
- 2) пиелонефрита
- 3) нефротического синдрома 4) гемолитико-уремического синдрома

8. Антиагрегатными свойствами обладают:

- 1) трентал
- 2) индометацин
- 3) никотиновая кислота
- 4) курантил

9. У девочки 5 лет ноющие боли внизу живота, учащенное болезненное мочеиспускание. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) пиелонефрит
- 2) вульвит
- 3) цистит 4) энтеробиоз

10. Наиболее частые симптомы пиелонефрита у грудных детей?

- 1) рвота, понос
- 2) лихорадка 3)
олигоурия
- 4) повышение артериального давления

11. Одинаковы ли размеры левой и правой почек, определяемые рентгенологическим методом

- 1) больше левая почка
- 2) больше правая почка
- 3) размеры одинаковы 4) выше правая почка

12. К функциям почек относится: 1) поддержание гомеостаза

- 2) регуляция артериального давления
- 3) гемопоэтическая
- 4) выделение азотистых продуктов

13. Назовите наиболее частый возбудитель пиелонефрита:

- 1) стафилококки 2)
стрептококки
- 3) кишечная палочка 4) микоплазма

14. Что понимают под термином "анурия" у ребенка в 6 месяцев? 1) выделение за сутки менее 700 мл мочи

- 2) выделение за сутки менее 500 мл мочи
- 3) выделение за сутки менее 300 мл мочи 4) выделение за сутки менее 50 мл мочи

15. Что представляет собой анализ мочи по Нечипоренко?

- 1) подсчет числа лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных за сутки
- 2) подсчет числа лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных за час
- 3) подсчет числа лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 мл мочи
- 4) определение количества мочи, выделенной за минуту

16. Если в анализе мочи определены: число лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров, выделенных с мочой за сутки, это:

- 1) анализ мочи общий
- 2) анализ мочи по Зимницкому
- 3) анализ мочи по Нечипоренко 4) анализ мочи по Аддису-Каковскому

17. Какой из перечисленных показателей позволяет определить УЗИ почек?

- 1) функцию почечных канальцев
- 2) функцию почечных клубочков
- 3) форму чашечно-лоханочной системы 4) величину и эхогенность коркового слоя

18. Какой показатель характерен для нефротического синдрома?

- 1) лейкоцитурия более 4 млн/л
- 2) эритроцитурия 100 000 - 1 000 000/л
- 3) протеинурия 1 г/л 4) протеинурия более 3,0 г/л

19. Какие из лабораторных показателей наиболее характерны для пиелонефрита? 1) протеинурия до 1 г/л

- 2) лейкоцитурия
- 3) эритроцитурия 4) бактериурия

20. Дольше всего после перенесенного острого гломерулонефрита у детей сохраняются;

- 1) общая слабость
- 2) артериальная гипертензия
- 3) головная боль
- 4) изменения в моче

21. Для снятия с диспансерного учета ребенок, наблюдающийся по поводу пиелонефрита:

- (1) госпитализируется для стационарного обследования
- 2) обследуется амбулаторно 3) снимается автоматически 4) направляется в санаторий

22. Назовите количество мочеиспусканий за сутки у здорового ребенка 7 лет:

- 1) 20-25 раз
- 2) 10-12 раз
- 3) 7-9 раз
- 4) 2-3 раза

23. Появление белка в моче может быть связано с:

- 1) физическими нагрузками (спорт)
- 2) переохлаждением

- 3) ортостатическим лордозом (у подростков)
- 4) периодом полового созревания

24. При гломерулонефрите ограничивают:

- 1) повареную соль
- 2) воду
- 3) углеводы 4) белок

25. Для нефротического синдрома характерны:

- 1) незначительные отеки на голени
- 2) только отечность лица
- 3) выраженные распространенные отеки на лице, конечностях
- 4) плеврит, асцит, перикардит

26. При чрескожной надлобковой пункции мочевого пузыря бактериурия составляет:

- 1) 200 микробных тел в 1 мл
- 2) моча стерильна
- 3) 100000 микробных тел в 1 мл 4) 5000 микробных тел в 1 мл

27. Исследование относительной плотности мочи у детей грудного возраста производят: 1) титрованием

- 2) урометром
- 3) путем определения количества солей
- 4) рефрактометрически

28. При проведении пробы по Зимницкому определяют:

- 1) относительную плотность мочи
- 2) соотношение дневного и ночного диуреза
- 3) количество цилиндров в 1 мл мочи
- 4) гематурию

29. Основным средством лечения пиелонефрита у детей является:

- 1) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- 2) диетотерапия
- 3) антибактериальная терапия
- 4) блокаторы АПФ

30. Пиелонефрит у детей грудного возраста протекает в виде следующих клинических форм: 1) желтушная

- 2) гриппоподобная

- 3) менингоэнцефалическая 4)
гастроинтестинальная

ДИФ. ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1. Современное течение рахита характеризуется :
 - 1) стертыми и малосимптомными формами болезни
 - 2) преобладание подострого характера
 - 3) дети первого полугодия жизни 4) дети второго полугодия жизни

- 2. 25-гидрохолекальциферол НЕ образуется в:
 - 1) почках 2) печени
 - 3) кишечнике 4) костях

- 3. На фосфорно-кальцевый обмен в организме влияют:
 - 1) 1,25-дегидрохолекальциферол
 - 2) соматотропный гормон
 - 3) 24,25-дегидрохолекальциферол

4) паратгормон

4. В начальный период рахита выявляется:

1) выраженная костная деформация

2) мышечная гипотония

3) вегетативная дисфункция

4) повышенная возбудимость ЦНС

5. Период разгара рахита у детей приходится на возраст:

1) 2-3 месяца

2) 3-5 месяцев

3) 5-8 месяцев

4) старше 1 года

6. Для разгара рахита характерен следующий клинический синдром:

1) мышечная гипертония

2) краниотабес

3) судорожный синдром

4) спинной хребет

7. При рахите II степени могут отмечаться следующие симптомы:

1) плаксивость

2) потливость

3) костные деформации

4) снижение аппетита

5) раздражительность

8. Для острого течения рахита характерно:

1) быстрое нарастание симптомов

2) преобладание процессов остеомалации

3) наблюдается у детей с низкой массой тела

4) развивается в осенне-зимний период

9. Для подострого течения рахита характерно:

1) более медленное течение заболевания

2) преобладание симптомов остеонной гиперплазии

3) развитие во втором полугодии жизни

4) развитие в первом полугодии жизни

5) чаще развитие в весенне-летний период

10. Назовите метаболит витамина Д, который образуется в почках:

1) 25-оксикальциферол

2) 7-дегидрохолестерин

3) 1,25-диоксикальциферол

4) 24,25-диоксикальциферол

11. 1,25-дигидрохолекальциферол НЕ образуется:

- 1) почках 2) печени
- 3) кишечнике 4) костях

12. На фосфорно-кальциевый обмен в организме влияют: 1) 1,25-дегидрохолекальциферол

- 2) соматотропный гормон
- 3) кальцитонин
- 4) паратгормон

13. Рахитом болеют дети в возрасте:

- 1) в первые 3 месяца
- 2) на 5-м году жизни
- 3) в первые 3 года жизни
- 4) на 3 году жизни

14. Податливость краев большого родничка при рахите НЕ характерна для:

- 1) начального периода болезни
- 2) в период разгара
- 3) периода реконвалесценции
- 4) периода остаточных проявлений

15. Период разгара рахита у детей приходится на возраст:

- 1) 2-3 месяца
- 2) 3-5 месяцев

- 3) 5-8 месяцев
- 4) старше 1 года

16. При рахите I степени могут отмечаться следующие симптомы:

- 1) плаксивость
- 2) потливость
- 3) костные деформации
- 4) снижение аппетита
- 5) раздражительность

17. Для острого течения рахита характерно:

- 1) быстрое нарастание симптомов
- 2) преобладание процессов остеомаляции
- 3) наблюдается у детей с низкой массой тела
- 4) развивается в осенне-зимний период

18. Для подострого течения рахита характерно:

- 1) более медленное течение заболевания
- 2) преобладание симптомов остеоидной гиперплазии
- 3) развитие во втором полугодии жизни
- 4) чаще развитие в весенне-летний период

19. Подострое течение рахита развивается чаще у детей:

- 1) старшего возраста
- 2) с аномалиями конституции
- 3) недоношенных
- 4) доношенных

20. Для рахита НЕ характерно нарушение кислотно-основного баланса в виде:

- 1) метаболического ацидоза
- 2) дыхательного ацидоза
- 3) метаболического алкалоза
- 4) дыхательного алкалоза

21. В период разгара рахита уровень кальция в крови составляет:

- 1) менее 2,0 ммоль/л
- 2) 2,5 ммоль/л
- 3) более 2,0 ммоль/л
- 4) 3,4 ммоль/л

22. В начальный период рахита в крови отмечается:

- 1) гипокальциемия
- 2) гипофосфатемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) гиперфосфатемия
- 5) увеличение активности щелочной фосфатазы

23. Для периода разгара рахита не характерны следующие биохимические показатели:

- 1) гипокальциурия
- 2) гипофосфатурия
- 3) гиперкальциурия
- 4) гиперфосфатурия
- 5) гипокальциемия

24. При рахите НЕ нарушаются:

- 1) углеводный обмен
- 2) минеральный обмен
- 3) белковый обмен
- 4) основной обмен

25. Назовите профилактическую дозу витамина Д при рахите:

- 1) 100 МЕ
- 2) 400 МЕ
- 3) 500 МЕ
- 4) 5000 МЕ

26. При рахите в период разгара в биохимическом анализе крови выявляют нарушения в виде:

- 1) повышения щелочной фосфатазы
- 2) снижения уровня кальция

3) общего билирубина

4) общего белка

27. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

1) прерывистое уплотнение зон роста

2) нормальная оссификация костей

3) расширение и размытость зон роста

4) блюдцеобразные эпифизы костей

5) прерывистое уплотнение зон роста, нормальная оссификация костей, расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей

28. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:

- 1) массаж, гимнастика
- 2) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- 3) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день 4) водный раствор витамина D₃ по 2-5 тыс. МЕ ежедневно
- 5) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

29. В начальный период рахита в крови отмечается:

- 1) нормокальциемия
- 2) гипофосфатемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) всё выше перечисленное

30. К эндогенному витамину Д относится;

- 1) эргокальциферол
- 2) холекальциферол
- 3) видеин
- 4) видехол

ДИФ. ДИАГНОСТИКА РЕВМАТИЧЕСКИХ И НЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ССС

1. При каком из врожденных пороков сердца чаще возникает сердечный горб?
 - 1) высокий дефект межжелудочковой перегородки
 - 2) дефект межпредсердной перегородки
 - 3) коарктация аорты 4) триада Фалло

2. Местом наилучшего выслушивания систолического шума при дефекте межжелудочковой перегородки является:
 - 1) верхушка сердца
 - 2) точка Боткина
 - 3) второе межреберье справа у грудины 4) второе межреберье слева у грудины

3. Местом для наилучшего выслушивания систолического шума при дефекте межпредсердной перегородки является:
 - 1) верхушка сердца
 - 2) точка Боткина
 - 3) второе межреберье справа у грудины 4) второе межреберье слева у грудины

4. Какие проявления характерны для открытого артериального протока:
 - 1) нарушение ритма
 - 2) цианоз кожных покровов
 - 3) снижение диастолического АД 4) повышение систолического давления

5. Какой из перечисленных признаков является показанием для срочной госпитализации ребенка с тетрадой Фалло?
 - 1) наличие на ЭКГ отклонения электрической оси вправо
 - 2) частые одышечно-цианотические приступы
 - 3) высокое содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови
 - 4) низкое физическое развитие

6. Какие проявления наиболее характерны для коарктации аорты у детей старшего возраста?
 - 1) головная боль
 - 2) давление на руках выше, чем на ногах
 - 3) давление на ногах выше, чем на руках 4) гипертрофия правого желудочка

7. Какова частота пульса в норме у детей грудного возраста?
 - 1) более 140 в 1 мин. 2) 120-140 в 1 мин. 3) около 100 в 1 мин.

4) 80-100 в 1 мин.

8. Какова тактика участкового педиатра по ведению больного с подозрением на врожденный порок сердца?

- 1) назначить самостоятельное лечение
- 2) направить на консультацию к кардиоревматологу
- 3) направить на госпитализацию 4) направить в дневной стационар

9. Какие из перечисленных жалоб характерны для больного ребенка с тетрадой Фалло? 1) носовые кровотечения

- 2) синюшность, цианоз
- 3) постоянный влажный кашель 4) отставание в физическом развитии

10. Признаками того, что экстрасистолия носит функциональный характер, являются: 1) политопность

- 2) аллоритмия
- 3) поздние экстрасистолы 4) сочетание с синдромом WPW

11. Электрокардиографические проявления гиперкалиемии включают:

- 1) удлинение интервала R-R
- 2) появление зубца U
- 3) появление увеличенного и заостренного зубца T
- 4) уменьшение зубца P

12. Какие препараты показаны при лечении острых неревматических кардитов, осложненных поражением проводящей системы?

- 1) α_2 -адреномиметики
- 2) сердечные гликозиды
- 3) нестероидные противовоспалительные
- 4) глюкокортикоиды

13. Какие препараты показаны при лечении острых неревматических кардитов, осложненных сердечной недостаточностью?

- 1) нестероидные противовоспалительные
- 2) сердечные гликозиды
- 3) антагонисты кальция 4) глюкокортикоиды

14. Что из нижеперечисленного характерно для острой правожелудочковой недостаточности?

- 1) увеличение печени

- 2) общие отеки
- 3) отек легкого 4) асцит

15. Для купирования приступа желудочковой пароксизмальной тахикардии в первую очередь используют:

- 1) новокаинамид
- 2) лидокаин
- 3) обзидан 4) верапамил

16. Наиболее частое изменение на ЭКГ, наблюдаемое при активном ревмокардите:

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) удлинение интервала QT
- 3) инверсия зубцов T 4) фибрилляция предсердий

17. Цианоз сразу после рождения может быть при:

- 1) транспозиции магистральных сосудов
- 2) атрезии трехстворчатого клапана
- 3) стенозе легочной артерии
- 4) дефекте межжелудочковой перегородки

18. При переходе от фетальной к неонатальной циркуляции происходят следующие изменения:

- 1) закрытие овального окна
- 2) открытие шунтов в легочном бассейне
- 3) увеличение кровотока в легочных сосудах 4) закрытие артериального протока

19. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца сопровождается одышечно-цианотическими приступами? 1) дефект межжелудочковой перегородки

- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) тетрада Фалло
- 4) открытый артериальный проток

20. При каком из перечисленных врожденных пороков сердца у детей не бывает сброса крови слева направо?

- 1) дефект межжелудочковой перегородки
- 2) коарктация аорты
- 3) дефект межпредсердной перегородки 4) открытый артериальный проток

21. При тетраде Фалло право-левый шунт может быть обусловлен: 1) дефектом межпредсердной перегородки
2) дефектом межжелудочковой перегородки
3) открытым артериальным протоком 4) внутрилегочным шунтом

22. Какие из перечисленных врожденных пороков сердца всегда сопровождаются цианозом у детей в возрасте свыше 4 лет?

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) тетрада Фалло
- 4) открытый артериальный проток

23. Какие из врожденных пороков сердца протекают без цианоза?

- 1) тетрада Фалло
- 2) болезнь Толочинова-Роже
- 3) транспозиция магистральных сосудов 4) двухстворчатый клапан аорты

24. Более высокое давление на руках, чем на ногах, у ребенка обычно связано с:

- 1) синдромом вегетативной дисфункции
- 2) коарктацией аорты
- 3) неревматическим кардитом
- 4) недостаточностью аортального клапана

25. Средняя длительность лечения острой ревматической лихорадки в условиях стационара:

- 1) 3 недели 2) 1 месяц
- 3) 1,5-2 месяца
- 4) 3-4 месяца

26. Дети, перенесшие острый неревматический кардит, находятся на диспансерном учете:

- 1) 1 год 2) 1,5 года
- 3) 2-3 года
- 4) 3-5 лет

27. Какие из препаратов повышают коронарный кровоток, обладают положительным инотропным действием, урежают ЧСС?

- 1) атропин
- 2) эуфиллин
- 3) дигоксин
- 4) строфантин

28. Какие из перечисленных препаратов не назначают при тахиаритмиях?

- 1) изадрин
- 2) анаприлин
- 3) этацизин 4) алуцент

29. Опасность интоксикации сердечными гликозидами возрастает при использовании:

- 1) препаратов калия
- 2) лазикса
- 3) дифенина
- 4) препаратов кальция

30. Какие препараты относятся к периферическим вазодилаторам?

- 1) нитроглицерин
- 2) коринфар
- 3) капотен 4) дифенин

НЕОНАТОЛОГИЯ

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

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

2. Ранний неонатальный период длится:

- 1) с рождения до 28 дней жизни
- 2) с рождения до 10 дней жизни

3) с рождения до 7 дней жизни

4) с начала родовой деятельности до 7 дней жизни

5) с 23 недели гестации до 7 дней после рождения

3. Какие из указанных симптомов Вы отнесете к пограничным состоянием:

1) внутриутробная гипоксия

2) половой криз

3) асфиксия новорожденного

4) синдром рвоты и срыгивания

5) анемия

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

1) ладонно-ротовой (Бабкина)

2) опоры

3) автоматической походки

4) Галанта

5) Переза

5. При развитии гемолитической болезни новорожденных повышается:

1) прямой билирубин

2) непрямой билирубин

3) уровень гемоглобина

4) билирубин остается в пределах нормы

5) уровень эритроцитов

6. 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

7. 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

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

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

9. Геморрагическую болезнь новорожденных можно эффективно предупредить:

- 1) инфузией свежзамороженной плазмы
- 2) инфекцией анти-Д-глобулина матери

3) инъекцией вит "К" при рождении

4) переливанием тромбоцитов

5) поздним прикладыванием к груди

10. 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

11. Клинические варианты ЗВУР, кроме:

1) гипотрофический

2) диспластический 3)
паратрофический

4) гипопластический

12. Какой уровень билирубина в пуповинной крови у новорожденных указывает на вероятность ГБН:

1) 3,5 - 7,9 мкмоль/л

2) 10 - 15 мкмоль/л

3) 26 - 34 мкмоль/л

4) свыше 85 мкмоль/л

5) свыше 40 мкмоль/л

13. 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

14. 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

15. 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

16. В каких случаях разовьется ГБН по системе АВО, если:

- 1) у матери АВ (IV); у ребенка О (I)
- 2) у матери О (I); у ребенка А (II)

3) у матери А (II); у ребенка АВ (IV)

4) у матери В (III); у ребенка АВ (IV)

5) у матери А (II); у ребенка В (III)

17. Сурфактант внутриутробно начинает вырабатываться с:

1) 8-10 недели

2) 20-24 недели 3)
30-32 недели

4) 37-38 недели

5) после рождения

18. Степень зрелости легких определяется следующими тестами, кроме:

1) соотношением лецитина и сфингомиелина

2) определением фосфатидилглицерина и поверхностно активных фосфолипидов

3) "пенного теста" Климентса

4) теста Апта

19. R-логическими признаками РДСН являются все, кроме:

1) диффузных очагов пониженной прозрачности

2) воздушной бронхограммы

3) локальных очагов воспаления в легких

4) пониженной пневматизации легочной ткани

5) расширения тени верхней трети средостения

20. Появление на 2-й неделе жизни у новорожденного ребенка на коже ягодиц, бедер, естественных складок, головы, вначале прозрачных, затем

наполненных мутным содержимым пузырьков на гиперемизированном фоне, диаметром до 2-3 см свидетельствует о:

- 1) везикулопустулезе
- 2) склереме
- 3) пузырьчатке новорожденных
- 4) псевдофурункулезе
- 5) врожденном эпидермолизе

21. Экфолиативный дерматит Риттера обусловлен:

- 1) золотистым стафилококком
- 2) стрептококком
- 3) пневмококком
- 4) синегнойной палочкой
- 5) грибами

22. В лечении нетяжелых форм стафилодермий у доношенных детей используют полусинтетические антибиотики пенициллинового ряда на 1-й неделе жизни из расчета:

- 1) 30-50тыс.ЕД/кг
- 2) 50-100тыс.ЕД/кг
- 3) 100-200тыс.ЕД/кг
- 4) 30-50мг/кг
- 5) 200-300мг/кг

23. К витамин-К-зависимым факторам свертывания крови у новорожденных относятся: 1) I, V, VIII, XI

2) антитромбин III

3) II, VII, IX, X

4) протеин C, ПДФ

5) II, V, IX, XIII

24. Клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденных не являются:

1) кровавая рвота

2) мелена

3) кефалогематома

4) телеангиоэктазии

5) кровотечения из пупочной ранки

25. К внутричерепным родовым травмам не относится:

1) эпидуральные кровоизлияния

2) субдуральные кровоизлияния

3) желудочковые кровоизлияния

4) родовая опухоль

5) внутримозговые кровоизлияния

26. Период новорожденности длится:

1) с рождения до 7 дней жизни ребенка

2) с начала родовой деятельности до 28 дней жизни

3) с рождения до 28 дней жизни

4) с рождения до 40 дней жизни

5) первый год жизни

27. При любом сроке гестации низкая масса тела ребенка при рождении составляет менее (г):

1) 2800 2)
2700 3)
2600 4)
2500

5) 3000

28. Ребенок от 1-ой беременности и родов, родился в сроке 33 нед. с массой 1950 г, рост - 43см. Определите степень недоношенности:

1) I

2) II

3) III

4) IV

29. Физиологическая желтуха у доношенных здоровых новорожденных появляется и длится:

1) на 2-3 неделе и длится до 30 дней

2) в первые 12 часов и длится 7 дней

3) на 6 день и длится 3 недели

4) на 2-3 день и длится до 7-10 дня

5) при рождении, волнообразная

30. У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать:

- 1) мастит
- 2) флегмона грудной клетки
- 3) половой криз
- 4) локальный отек
- 5) абсцесс

Приложение №3

РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Раздел 2

Ситуационная задача N 1 Мальчик М., 1 года 1 месяца, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. 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°C, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача. При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области слева - участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочится свободно. Стул густой.

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), Hb - 112 г/л. Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,8, Лейк – $12,8 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час,

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма - до 40).

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

Задание

Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте его.

1. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
2. Виды дыхательной недостаточности. Клинико-лабораторная характеристика ДН при острой пневмонии по степеням.
3. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
4. Критерии диагностики и причины сегментарной пневмонии.
5. Какие могут быть осложнения данного заболевания? Классификация осложнений.
6. Оценка эффективности антибиотикотерапии при пневмонии.
7. Назначьте лечение ребёнку.

Ситуационная задача N 2

Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 48 в 1 минуту. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 48%, э - 7%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Низкое стояние купола диафрагмы. Повышение прозрачности лёгочных полей. Горизонтальное расположение рёбер.

Задание

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Дайте определение выявленному заболеванию. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Патогенез бронхиальной обструкции.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Каков прогноз? Какое значение для прогноза заболевания имеет курение родителей?
6. Классификация острых пневмоний.
7. Этиология внебольничных пневмоний в зависимости от возраста.
8. Опишите второе звено патогенеза острой пневмонии (дыхательная недостаточность). Лечение ОДН у детей.
9. Критерии диагностики острой неосложнённой пневмонии.
10. Показания к госпитализации при пневмонии.
11. Назначьте лечение ребёнку.

Ситуационная задача N 3

Мальчик 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля.

Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5°C. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6°C. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

Клинический анализ крови: НЬ - 108 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,8, Лейк - $10,8 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час.

На рентгенограмме грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, располагающиеся в области проекции правого легкого.

Задание

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Дайте определение выявленному заболеванию. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Патогенез бронхиальной обструкции.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания? 6. Назначьте питание и лечение ребёнку.

Ситуационная задача N 4

Мальчик 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании.

Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°C. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько

улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, "мраморности" кожных покровов, одышки. Назначен амоксициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, "мраморный" рисунок кожи. Частота дыхания 64 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше справа, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, распластан, выражена "Гаррисонова" борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $13,6 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 58%, л - 22%, м - 10%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, относительная плотность - 1,010, слизи - нет, эпителия - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 900 ммоль/л (норма - 220-820), кальций - 2,3 ммоль/л, фосфор - 1,1 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Дайте определение выявленному заболеванию. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Назначьте питание и лечение ребенку.

Ситуационная задача N 5

Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°C, вялость, отказ от еды, слизистые выделения из носа, покашливание.

Ребенок от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды срочные. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 53 см. Вскармливание естественное до 1 мес, далее - искусственное. С 3 мес отмечаются опрелости. У матери пищевая аллергия на белок коровьего молока, куриные яйца.

При осмотре отмечается: вялость, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, ЧД 68 в 1 минуту, дыхание слышно на расстоянии, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. На коже щек яркая гиперемия, шелушение, в естественных складках кожи мокнутие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, укорочен справа книзу от угла лопатки. С обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы на высоте вдоха. Над зоной укорочения перкуторного звука на высоте вдоха выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут.

Печень выступает на 3 см из-под реберного края. Стула не было 1 сутки. Мочится достаточно.

Задание

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Дайте определение выявленному заболеванию. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Патогенез бронхиальной обструкции.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Каков прогноз 6.Классификация.
7. Этиология .
8. Лечение ОДН у детей.
9. Назначьте лечение ребёнку.

Ситуационная задача N 6

Мальчик 9 месяцев, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит в соответствии с национальным календарем.

При осмотре на третьи сутки от начала болезни: общее состояние средней тяжести. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, в зеве - выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные. безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливаний хрипы практически исчезают. Частота дыхания 42 в минуту. Перкуторно: определяется ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: НЬ - 105 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 21%, э - 7%, л - 63%, м - 6%, б - 1%, СОЭ - 14 мм/час.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Рассчитайте цветной показатель.
3. Назначьте питание и лечение ребёнку.

Ситуационная задача N7

Девочка, возраст 2 года 10 мес. В стационар поступила с жалобами на высокую температуру, вялость, кашель, насморк, разжиженный стул 2 раза в день.

Из анамнеза: родилась от 1 беременности, протекавшей с токсикозом первые 12 недель. В срок 36 недель мама перенесла ОРЗ, лечилась народными средствами. Роды в срок. Вес при рождении 3200 г., закричала сразу. Вскармливание грудное до 8 мес. Болеет редко. Прививки по календарю, осложнений не было.

Заболела 2 дня назад. Заболевание началось постепенно: кашель, насморк, субфебрильная температура. В последующие дни состояние ухудшилось: усилился кашель, насморк, 2 раза был разжиженный стул, температура нарастала.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура $38,8^{\circ}$ гр., вялость, бледность, одутловатость лица, резкая гиперемия и отечность конъюнктив, отечность век больше справа. Гиперемия ротоглотки, гиперплазия фолликулов задней стенки глотки. Обильный слизистый насморк, частый влажный кашель с отделением слизистой мокроты. При осмотре головы отмечается увеличение лобных и теменных бугров. Нижняя апертура грудной клетки расширена, в месте перехода костной части ребер в хрящевую пальпируются уплотнения. Пальпируются лимфоузлы подчелюстные, заднешейные, подмышечные, паховые 0.5 - 0.8 см.. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое. Хрипов нет, частота дыханий 36 в минуту, ЧСС 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень +2.5 см., селезенка не увеличена. Стул разжижен, без патологических примесей, 2 раза за сутки. Менингосимптомы отрицательны.

На 2-й день пребывания в стационаре на нижнем веке правого глаза появилась белая пленка державшаяся в течение 5 дней.

Анализ крови: лейкоцитов - $9 \cdot 10^9$, эритроцитов $4,1 \cdot 10^{12}$, Нб 130 г/л, эоз -2, п/я1, с/я-35, лимф-57, мон- 5, СОЭ - 18 мм/ч.

Копрограмма без особенностей.

На рентгенограмме грудной клетки - усиление бронхосудистого компонента; расширение корней с обеих сторон.

1. Выделите ведущие симптомы и синдромы.
 2. Что послужило причиной изменений костной системы?
 3. Оформите диагнозы согласно классификации.
- Распишите план лечения

Ситуационная задача N 8

Мальчик, 7 мес., поступил в клинику на 3-й день болезни.

Из анамнеза выяснено, что у отца ребенка отмечался легкий насморк, самочувствие не страдало, температуру не измерял, продолжал работать. Через 3 дня у ребенка появилась заложенность носа, температура $37,5^{\circ}$. На следующий день состояние резко ухудшилось, ребенок стал тяжело дышать, периодически синел.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом во 2 половине. В сроке 3032 нед. находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания

беременности. Роды в срок. Вес при рождении 3800 г., длина тела 52 см. В связи с гипогалактией в 2 месячном возрасте переведен на искусственное вскармливание. После перевода на смеси наблюдали небольшое покраснение щек, гиперемию в области паховых складок. Уход за ребенком хороший. Наследственность по аллергии не отягощена.

При поступлении состояние тяжелое, температура 37.4° , частый навязчивый непродуктивный кашель, во время которого появляется цианоз лица, губ.

Объективно: Масса тела 10 кг 100 г., длина тела 68 см., окружность грудной клетки 50,1 см. На волосистой части головы себорейные чешуйки.

Цианоз периоральный и периорбитальный, дистанционные хрипы. Выражено втяжение уступчивых мест грудной клетки, число дыханий 78 в минуту. Выдох шумный, удлинен. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука, дыхание проводится равномерно, с обеих сторон по всей поверхности обильные мелкопузырчатые влажные хрипы, преимущественно на выдохе. ЧСС 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1.5 см., стул кашицеобразный без патологических примесей.

Анализ крови: лейкоцитов - $10.5 \cdot 10^9$. эритроцитов - $4.3 \cdot 10^{12}$. гемоглобин - 112 г/л, эозинофилов - 3. палочкоядерных -2, сегментоядерных - 30, лимфоцитов 65, моноцитов - 6. СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи без особенностей.

На рентгенограмме грудной клетки - повышенная пневматизация легочных полей, увеличение объема легких. Очаговых инфильтративных образований не выявлено. Увеличенная тень вилочковой железы.

1. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
2. Оцените физическое развитие ребенка в настоящее время.
3. Какие аномалии конституции наблюдаются у ребенка (перечислите признаки)
4. Распишите лечение.
5. Поставьте диагноз по классификации.

Ситуационная задача N 9.

Мальчик 11 мес. поступил в грудное отделение на 3 день болезни. Заболевание началось с затруднения носового дыхания, покашливания. Амбулаторно закапывали капли в нос, давали отхаркивающую микстуру. Кашель усилился, появилась одышка. Температура $37,3-37,5^{\circ}$. Старшая сестра ребенка перенесла ОРВИ 5 дней назад.

Анамнез жизни: ребенок от 5 беременности. От 1 и 2 беременности дети 10 и 8 лет. 3 беременность- мед. аборт. 4 беременность - выкидыш. У матери - ожирение в течении 10 лет, отец соматически здоров. Старшие дети часто болели ОРВИ до пятилетнего возраста. Теперь болеют реже. Настоящая беременность протекала с токсикозом 1 триместра. Родоразрешение путем кесарева сечения. Вес при рождении 3.500 г., длина тела 51 см. Оценка по Апгар 6-7 баллов. С 3 недель ребенок находится на искусственном вскармливании адаптированной смесью. В весе прибывал по 900 1200 грамм в мес. Профилактические прививки получил не все, т.к. у ребенка была реакция на 2 АКДС, полиомиелит в виде гипертермии и судорожного синдрома.

Объективно: при поступлении состояние тяжелое. Масса тела 13.400 г., длина тела 72 см. Выражены опрелости в области подмышечных, паховых, ягодичных складок. Отмечается повышенная потливость. Особенно потеет голова во время кормления. Отмечается увеличение лобных и теменных бугров. Большой родничок 2*2 см. Выражено облысение и уплощение затылка. Податливость теменных костей. Зубов 2. Нижняя апертура грудной клетки расширена. Наблюдаются утолщения на границе костной и хрящевой части ребер. "Гаррисонова" борозда.

Ребенок беспокойный. Наблюдается цианоз носо-губного треугольника. Беспокоит сухой, приступообразный кашель. Дыхание шумное с удлиненным выдохом, втяжением межреберных промежутков, раздуванием крыльев носа. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, при аускультации - свистящие и влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 70 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 150 в мин. Живот вздут, печень несколько увеличена. Стул со склонностью к запорам. При осмотре полости рта умеренная гиперемия миндалин и дужек. Менингеальные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови: эр - 3, $1 \cdot 10^{12}$, Нб - 115 г/л, лейкоц. - $9,7 \cdot 10^9$, эоз.- 2, п/я - 3, с/я - 36, лимф. - 52, мон. - 7, СОЭ - 13 мм/ч.

Общий анализ мочи без особенностей. Рентгенография грудной клетки. Межреберные промежутки расширены. Верхушки расположены выше I ребра. Низкое стояние куполов диафрагмы. Очаговых, инфильтративных теней не отмечается.

1. Выделите неблагоприятные факторы по анамнезу.
2. Выделите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния.
3. Обоснуйте основной и сопутствующие диагнозы.
4. Распишите план лечения ребенка.
5. Поставьте диагноз по классификации.

Ситуационная задача N 10

Мальчик 3 лет доставлен в инфекционное отделение в 2 часа ночи на 3-й день болезни с жалобами на грубый, частый кашель, затрудненное дыхание. Заболевание началось с насморка, умеренного кашля, субфебрильной температуры. Накануне вечером кашель усилился, приобрел лающий характер. В час ночи ребенок проснулся от сильного кашля и затрудненного дыхания. Родители вызвали машину скорой помощи. Ребенок доставлен в стационар.

Из анамнеза: мальчик от 2 беременности, 2 родов. Настоящая беременность через 1,5 года после предыдущей с токсикозом на всем протяжении. Мать ребенка курила на всем протяжении беременности, курит по настоящее время. Роды со стимуляцией в сроке 39-40 нед. Масса тела при рождении 2700г., длина тела 47 см. Оценка по Апгар 6-7 баллов. Вскармливание искусственное адаптированной смесью с 1 мес. Прибавка веса на первом году жизни около 400 граммов в месяц. Головку держит с 3 мес., сидит с 8 мес., ходит с 1,3 лет, говорит с 2,5 лет. Часто переносит ОРВИ. В возрасте 6 мес. перенес о. Пневмонию. В 9 мес. и 1,5 года перенес о.бронхит. Масса тела в годовалом возрасте - 8,5 кг. Прививки проведены не все. Десять дней назад начал посещать детский сад.

Состояние при поступлении тяжелое. Сознание сохранено. Температура $37,7^{\circ}$.

Беспокоит грубый лающий кашель. Голос осиплый. Дыхание шумное с затрудненным вдохом. Периодически возникает резкое беспокойство, бледнеет. Наблюдается цианоз губ, носогубного треугольника, а во время беспокойства появляется тотальный цианоз. ЧДД - 40 в мин. Отмечается втяжение яремной ямки, над- и подключичных ямок, эпигастральной области, межреберных промежутков. При перкуссии над легкими определяется легочный звук, аускультативно - ослабление дыхания в нижних отделах, хрипы проводные. Тоны сердца глухие, ЧСС 140 в мин. Живот мягкий, печень +3 см., селезенка у края реберной дуги. Стул оформленный. При осмотре полости рта выявляется гиперемия миндалин и дужек.

По экстренным показаниям проведена ларингоскопия, при которой отмечены гиперемия и отек подсвязочного пространства.

Общий анализ крови: эр - $4,1 \cdot 10^{12}$, Нв - 117 г/л, лейкоц. - $10,3 \cdot 10^9$, эоз.- 2, п/я - 4, с/я - 29, лимф. - 61, мон. -4, СОЭ - 15 мм/ч.

Анализ мочи без особенностей. На рентгенограмме грудной клетки отмечается усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговоподобные тени (1,5-2 мм.) в области корней легких.

1. Имеется ли у ребенка задержка физического и нервно-психического развития? Обоснуйте.
2. Какие неблагоприятные факторы риска можно выявить в анамнезе.
3. Какой диагноз можно предположить. Укажите ведущий синдром, обуславливающий тяжесть состояния.
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Поставьте диагноз по классификации.

Ситуационная задача N 11 В приемный покой обратились родители мальчика 3 лет, масса 16 кг с жалобами на затруднение и учащение дыхания, частый сухой кашель, повышение температуры тела до $37,5^\circ$.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел впервые, заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, отделяемого из носа, сухого кашля. Дома лечились самостоятельно – принимали грудной сбор, эффекта нет. Накануне вечером состояние мальчика значительно ухудшилось: усилился кашель, появилось шумное дыхание, одышка с затруднением выдоха. Объективно при осмотре состояние ребенка тяжелое: выдох долгий, шумный, слышен на расстоянии, температура $37,3^\circ$, отмечается цианоз носогубного треугольника, ЧДД 48 в минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – на фоне удлиненного выдоха выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы.

На рентгенограмме органов грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневой области.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Обоснуйте диагноз
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования помогут в уточнении диагноза?
5. Лечение?

Ситуационная задача N12

Ребенку 2 года, масса 11 кг. Жалобы на высокую температуру до 38,5°, кашель, отказ от еды, беспокойство, нарушение сна. Болен три дня, все дни температура держится на высоких цифрах, кратковременно снижаясь до 37,5°. Получал симптоматическое лечение (парацетамол, мукалтин).

Из анамнеза: мама связывает заболевание с контактом с больным ОРВИ.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, отмечается цианоз носогубного треугольника, одышка смешанного характера, число дыханий в одну минуту 46. Перкуторно слева укорочение ниже VI ребра, дыхание в месте укорочения с бронхиальным оттенком, справа жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, отчетливые до 120 в минуту. Зев спокоен.

Живот мягкий, печень не увеличена. Мочится безболезненно, достаточно.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Предположительная этиология заболевания
3. Назначьте необходимое обследование 4. Укажите факторы риска
5. Лечение?
- 6.

Ситуационная задача N13

Ребенку 14 лет. Болен 7 дней, лечился по поводу ОРВИ, получал микстуру от кашля. Температура тела практически ежедневно до 38,5°, нарастает слабость, сохраняется малопродуктивный кашель.

Объективно: фарингит, увеличены регионарные лимфоузлы; ЧД 22, в легких перкуторно справа небольшое укорочение в задненижних отделах, при аускультации справа в задненижних отделах выслушиваются мелко- и средне-пузырчатые хрипы.

На рентгенограмме органов грудной клетки – неомогенная очагово-сливная тень в проекции нижней доли справа.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Вероятный возбудитель?
3. Какой метод исследования поможет вам подтвердить предполагаемую этиологию заболевания?
4. Лечение?
5. Составьте план диспансерного наблюдения

Ситуационная задача N14

Ребенок 2 лет, масса 12 кг, находится на лечении в хирургическом отделении по поводу пупочной грыжи. Неделю назад появились некоторая вялость, повышение температуры до 38,0°; покашливание, слизистые выделения из носовых ходов, ухудшился аппетит. Получал сосудосуживающие капли в нос, отхаркивающую микстуру, пенициллин в/м. Состояние без эффекта и 3 дня назад вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления одышки, цианоза носогубного треугольника.

Объективно: Температура тела 38,3°; кожные покровы бледные с сероватым оттенком. ЧД 48 в минуту. Над легкими перкуторный звук укорочен слева книзу от угла лопатки. С обеих сторон над легкими выслушивается жесткое дыхание, над местом укорочения выслушивается крепитация. ЧСС 130 в минуту, тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и мочеиспускание без особенностей.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите критерии диагностики заболевания
3. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.

4. Вероятные возбудители заболевания?
5. Назначьте лечение

Ситуационная задача N15

Ребенку 4 месяца, заболел накануне остро, появился навязчивый непродуктивный кашель, выраженная одышка, температура $37,8^{\circ}\text{C}$, насморк. Отец ребенка переносит респираторную инфекцию. Из анамнеза – родился на 36 неделе, вес 2200 г, получал неинвазивную респираторную поддержку в течение недели после рождения, на искусственном вскармливании с 1 месяца.

При осмотре – состояние ребенка тяжелое, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, активное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, грудная клетка эмфизематозно вздута, перкуторно звук коробочный, при аускультации по всем полям мелкопузырчатые хрипы, сухие свистящие, чдд 78 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, чсс 140 в мин. Живот умеренно вздут, стула не было 2 дня.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова этиология заболевания?
3. Составьте план обследования для ребенка.
4. Какие механизмы развития заболевания вы знаете?
5. Укажите принципы терапии данного заболевания.

Ситуационная задача N16

Ребенку 9 месяцев, беспокоит выраженный насморк, кашель навязчивый, приступообразный, одышка экспираторного характера, дистанционные хрипы. По социальным показаниям находится в ДМР. Семейный анамнез не известен. Ранее перенес 2 эпизода бронхиальной обструкции, связанных с ОРВИ.

При осмотре – состояние средней тяжести, повышенного питания, кожа сухая, в области щек, ягодиц, голеней – эритематозно-сквамозные высыпания, зуд не выражен. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Носовое дыхание нарушено из-за обильного слизистого отделяемого, в зеве – яркая гиперемия дужек и мягкого неба. Грудная клетка умеренно вздута, отмечается втяжение податливых мест грудной клетки в акте дыхания, при перкуссии – коробочный оттенок звука. При аускультации по всем полям выслушиваются сухие свистящие хрипы и немногочисленные влажные хрипы, выдох удлинён, чд 36 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 104 в минуту. Живот увеличен в объеме, гипотоничен, при пальпации безболезнен. Физиологические отправления в норме.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования
4. Окажите неотложную помощь ребенку.
5. Какие профилактические мероприятия показаны ребенку?

Ситуационная задача N17

Ребенок 1 год 11 месяцев, поступил в отделение с жалобами матери на повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, шумное дыхание, которое слышно на расстоянии, одышку

экспираторного характера. Болен третий день. В легких перкуторно звук с коробочным оттенком, при аускультации над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы, а также средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы, несколько затруднен выдох.

На рентгенографии легких – усиление бронхосудистого рисунка, деструкция корней. Анализ крови, общий анализ мочи – без патологии.

Родители ребенка курят.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какой патогенез заболевания?
3. Окажите неотложную помощь ребенку.
4. План диспансерного наблюдения

Ситуационная задача N18

Ребенку 1,5 месяца, беспокоит подъем температуры до 39° С, кашель непродуктивный по типу «стаккато», явления ринита, конъюнктивита, одышка. Болен в течение 3 дней, симптомы риноконъюнктивита отмечаются с момента рождения. Ребенок от 1 беременности, мать долго лечилась у гинекологов по поводу хронического воспаления в половых путях. Мать курила во время беременности и продолжает курить после рождения ребенка.

При осмотре – состояние ребенка средней тяжести, вялый, кожные покровы бледные с серым оттенком, одышка в покое до 64 в минуту, втяжение податливых мест грудной клетки, кожа горячая на ощупь. При перкуссии коробочный оттенок, укорочение слева под лопаткой. При аускультации по всем полям выслушиваются сухие свистящие и разнокалиберные влажные хрипы. Сердечные тоны ритмичные, нежный систолический шум, ЧСС 123 в мин.

Живот умеренно вздут, напряжен.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие факторы риска повлияли на развитие заболевания?
5. Назначьте лечение ребенку

Ситуационная задача N19

Ребенку 9 месяцев, беспокоит кашель приступообразный, непродуктивный, повышение температуры тела до 38,8° С. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, 2 родов. Первая беременность закончилась выкидышем, ребенок от 2 беременности умер в неонатальном периоде от кишечной непроходимости. Ребенок родился в 28 недель, масса при рождении 2400 г, с рождения стул после каждого кормления, обильный, жирный, зловонный. Плохо прибывал в массе, на момент осмотра вес 7200 г. В 1 месяц перенес правостороннюю пневмонию, затяжного течения, лечился в стационаре. В 4 месяца перенес обструктивный бронхит, вновь был госпитализирован, выписан с хрипами в легких. После выписки беспокоит постоянный кашель. Настоящее заболевание началось 3 дня назад после контакта с больным ОРВИ.

При осмотре – состояние средней тяжести, ребенок пониженного питания; отмечается равномерное истончение подкожно-жировой клетчатки в области груди, живота, верхних и нижних конечностей. Отстает в моторном развитии от сверстников. Грудная клетка вздута, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания,

при перкуссии участки укорочения чередуются с коробочным оттенком перкуторного звука. При аускультации дыхание ослаблено, по всем полям выслушиваются необильные влажные разнокалиберные хрипы, немногочисленные сухие свистящие, справа в области проекции средней доли выслушиваются крепитирующие хрипы, чд 44 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, чсс 96 в минуту. Живот увеличен в объеме, вздут.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Алгоритм диагностики данного заболевания.
3. Укажите патогенез заболевания
4. Основные принципы лечения.
5. Какой состав микрофлоры дыхательных путей характерен для данного заболевания.

Раздел 5

Ситуационная задача N1 Мальчик К, 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы.

Анамнез заболевания: болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами отмечался лающий кашель, осиплость голоса. Лечился амбулаторно по поводу обструктивного бронхита: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых срочных родов, беременность протекала с угрозой выкидыша в первом триместре. Роды путем кесарева сечения. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8-ми лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом, аллергическим конъюнктивитом.

Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на выдохе выслушиваются не многочисленные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный.

Мочится свободно.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.
4. План лечения.
5. Программа ведения ребенка

Ситуационная задача N2

Ребёнок 4 лет поступает в стационар в 8⁰⁰ с резко выраженной одышкой. Болен бронхиальной астмой в течение 1 года. Последний приступ развился сегодня утром в 5 часов. Мать сделала ингаляцию беродуала, дала 1/3 таблетки эуфиллина per os. Скорая по-

мощь доставила ребёнка в стационар. Объективно: положение в постели вынужденное. Пульс-160 ударов в минуту, чис- ло дыханий – 46 в минуту. Грудная клетка эмфизематозно вздута, при перкуссии опреде- ляется коробочный звук, при аускультации – масса сухих рассеянных свистящих и разно- калиберных влажных хрипов на фоне жёсткого дыхания. Кашель непродуктивный

Вопросы: I Оцените тяжесть обострения бронхиальной астмы:

II В какой последовательности должна быть назначена терапия?

Ситуационная задача N3

Девочка 5 лет проснулась ночью в связи с появлением затруднённого дыхания «со свистом». При осмотре – возбуждена, сидит на кровати, опёршись руками. Выдох затруд- нён. Пульс – 120 ударов в минуту, частота дыханий – 45 в минуту. В лёгких коробочный звук, ослабленное дыхание, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких. До года у ребёнка имелись признаки пищевой аллергии, затем присоединилась лекарственная аллергия, аллергический ринит. Состояние возникло впервые.

Вопросы: I Ваш предварительный диагноз:

II Лечебные мероприятия:

III Для уточнения диагноза необходимы:

Ситуационная задача N4 Ребёнок 14 лет имеет

длительный анамнез заболевания бронхиальной астмой. По- стоянно пользуется карманным ингалятором (сальбутамол). Настоящее ухудшение состо- яния наступило 5 часов назад после начала ремонта в квартире (строительная пыль, крас- ка). Появился приступ удушья. Повторное использование ингалятора не привело к уменьшению бронхоспазма. Наросли бледность, возбуждение, тахикардия. При осмотре: ребёнок в вынужденном положении, ловит воздух ртом, речь затруд- нена (слова), акроцианоз, экспираторная одышка до 40 в минуту с участием вспомога- тельных мышц грудной клетки. Пульс 140 ударов в минуту, АД 130/90 мм рт ст. SaO₂ 89%. Перкуторно – коробочный звук. Сужение границ относительной сердечной тупости. При аускультации – сухие свистящие хрипы над всей поверхностью грудной клетки, ды- хание проводится мозаично, сердечные тоны приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией.

Вопросы: I Оценить тяжесть обострения бронхиальной астмы:

II В какой последовательности больному следует назначить лечение?

III Повторные эпизоды удушья у больного могут возникать при:

IV В период ремиссии больному следует назначить терапию:

Ситуационная задача N4

Ребёнок 5 лет страдает бронхиальной астмой в течение 2 лет, поступил в стационар с выраженной экспираторной одышкой, сухими рассеянными свистящими хрипами в лёг- ких, втяжением межрёберных промежутков при дыхании. Дома родители сделали 2 инга-

ляции раствора беродуала по 10 капель на 2 мл физ. раствора с интервалом в 10 минут через небулайзер без положительного эффекта. Вызвана бригада скорой помощи. Какова должна быть тактика врача скорой помощи: 1 Атропин подкожно 2 Ингаляция β_2 -агониста короткого действия через небулайзер 3 ИГКС (пульмикорт) через небулайзер 4 ГКС (преднизолон) в/в или per os 5 Госпитализация больного в отделение реанимации

Ситуационная задача 5 10 мая во время прогулки в парке у девочки 8 лет развился приступ затруднённого дыхания. Из анамнеза известно что, в предыдущие годы весной у ребёнка отмечались явления риноконъюнктивита. Обследование и лечение не проводилось. При осмотре: Экспираторное дыхание, шумная экспираторная одышка до 32 дыхательных движений в минуту, тахикардия. Конъюнктивит, ринит.

Вопросы: I Сформируйте диагноз

II Какое лечение следует сразу же назначить

III Какое обследование следует назначить

IV Обоснуйте тактику дальнейшего лечения

Ситуационная задача N5

Ребенок 5 лет госпитализирован с приступом удушья. Мальчик от 1 доношенной беременности, роды без осложнений. Масса при рождении – 3800 г, на природном вскармливании находился 9 мес. С 2 мес. возникли проявления атопического дерматита на лице со следующими его обострениями во втором полугодии жизни на употребление яйца, куриного мяса, клубники. С 1,5 года частые респираторные эпизоды. В 2,5 года развился первый приступ удушья. Следующие приступы возникали почти ежемесячно, чаще ночью, кратковременные. Во время пребывания летом в селе у родственников приступы не возникали. Проживает в старом доме с печным отоплением, дома много ковров, есть канарейка. Бабка по линии матери болеет бронхиальной астмой.

Задание: 1. Поставить предварительный диагноз.

2. При проведении алергопроб каких результатов можно надеяться?

3. Обоснуйте тактику дальнейшего лечения

Ситуационная задача N6

Мальчик возрастом 5 лет, родился от I физиологической беременности и родов. Грудное молоко получал до 1 года. В 2 месяца у ребенка появились кожные проявления экссудативно-катарального диатеза. Обострения в последующем возникали после употребления яиц, шоколада, клубники. Первый приступ бронхиальной астмы развился в 2 года, потом приступы удушья повторялись ежемесячно без видимых причин. При изменении местожительства приступы прекратились. Аллергологическое обследование показало высокий уровень сенсибилизации к домашней пыли. Из анамнеза известно, что бабушка по линии отца болеет бронхиальной астмой.

- Задание: 1. Поставить предварительный диагноз.
2. Определить факторы риска в анамнезе.
3. Назначить специфическое лечение.

Ситуационная задача N7

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколада, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка. В возрасте 3 и 4 года, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу. При осмотре: состояние средней степени. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 28 в минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно – масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

ЗАДАНИЕ: 1. Ваш диагноз?

2. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае.
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
4. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
5. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?

Ситуационная задача N8 Мальчик 5 лет поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо. После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 месяцев) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенологически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался

ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу цитрусовых, шоколада. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2 градусов отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен в стационар. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температуры тела 37,7 градусов, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД – 32 в минуту. Слизистая зева – слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС 88 в минуту. 1012/л, MCV – 82 fl, MCH – 30 pg, MCHC Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – 4,6 10⁹ – 30 g/l, RDW – 10,5% , PLT - 280 /л, MPV – 8,3 fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 109 10⁶,4 /л, Э – 8%, П – 2%, С – 48%, Л – 23%, М – 9%, СОЭ – 5 мм/ч. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды 2-3 степени.

ЗАДАНИЕ: 1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.

2. Назначьте лечение в данном периоде заболевания.

3. Опишите этапное лечение заболевания. 4. Показана ли аденэктомия данному ребенку? Если да, то в каком периоде заболевания?

Ситуационная задача №9

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. Болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы удушья участились (практически ежедневно потребность в короткодействующих в-2 агонистах, ночные приступы по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание умеренно ослаблено диффузно, грудная клетка вздута, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 уд/мин., расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Ребенок постоянно получает препараты ингаляционных глюкокортикоидов, β₂-адреномиметики, муколитики, периодически применялись пролонгированные теофиллины.

Задание

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Фармакодинамика β_2 -адреномиметиков, применяемых в клинической практике.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием.
4. Показания для назначения ингаляционных глюкокортикоидов больным с БА.
5. Что характеризует тест с сальбутамолом?

Ситуационная задача N10

Больная 6,5 лет. Девочка от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3540 г, оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. В возрасте 8-и месяцев появились признаки атопического дерматита. У матери девочки – пищевая и лекарственная аллергия.

Считается больной с 3-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Симптоматика возникла после употребления в пищу зефира. Приступы экспираторной одышки с дистанционными хрипами рецидивировали 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры. Приступы чаще возникали ночью, во время приступа девочка занимала вынужденное положение с фиксацией плечевого пояса. Приступ купировался 2 ингаляциями сальбутамола. Рекомендованная врачом базисная терапия не проводилась. В последний год состояние девочки ухудшилось, приступы экспираторной одышки отмечаются до 4-х раз в месяц, длятся до 30 минут. При возникновении последнего приступа экспираторной одышки девочка была госпитализирована в тяжелом состоянии. Приступ продолжался 6,5 часов, не купировался ингаляциями сальбутамола. Для снятия приступа потребовалось внутривенное введение эуфиллина, дексаметазона.

На момент поступления в стационар состояние тяжелое, непродуктивный приступообразный кашель. В легких на выдохе рассеянные свистящие хрипы, на вдохе – непостоянные влажные среднепузырчатые хрипы, ЧД - 30 в минуту.

Задание

1. Ваш диагноз, его обоснование. Критерии диагностики.
2. Дифференциальный диагноз данного заболевания.
3. Назначьте базисную и симптоматическую терапию в данном периоде заболевания.
4. Характеристика групп препаратов для неотложной терапии.
5. Современные методы лабораторно-инструментальной диагностики,

Раздел 7

Ситуационная задача N1

Мальчик 10 лет заболел остро, когда после укуса пчелы в дневное время вечером на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей появилась

полиморфная сыпь в виде пятен и узелков. Утром такая же сыпь зарегистрирована на ягодицах, отечность голеностопного и локтевого суставов. Симптомы жгута и щипка отрицательные. Температура 37,3⁰С. Пол внутренних органов статус без особенностей. Через 2 дня сыпь стала темно-красной, на некоторых элементах появились кровянистые корочки. Через 4 дня, после употребления в пищу большого количества клубники, появилась свежее пятнисто-папулезные высыпания на голених, внутренней поверхности бедер, на ягодицах, появились схваткообразные боли в околопупочной области длительностью до 2-3 часов, повторная рвота. Ребенок срочно доставлен в клинику. В анализе периферической крови: эритроциты 4,3 млн. в 1 мкл, Нв 98 г/л, цп 0,9, лейкоциты 12,0 тыс. в 1 мкл, эоз. 6, пал 1, сегм 58, лимф 31, мон 4, соэ 10 мм/час, тромбоциты 150 тыс. в 1 мкл. Общий анализ мочи без изменений, кал на яйца глист – отр. Реакция Грегерсена в кале отрицательна. УЗИ органов брюшной полости: ДЖВП.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 30 кг.
4. Указать причины заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.

Ситуационная задача N2

Мальчик 5 лет перенес ОРВИ и был направлен в детский сад в удовлетворительном состоянии, однако через 2 недели у него повысилась температура до 38,5⁰С, появилась кожная сыпь в виде красных пятен на руках и ногах, припухлость и болезненность суставов. Родители обратились к семейному врачу, ребенок был направлен в стационар. При осмотре на приемном блоке найдена геморрагическая сыпь в виде пятен и папул цвета «красного вина», располагающаяся симметрично на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, отечность, боль локтевых, коленных и голеностопных суставов. На лице и туловище сыпи не отмечено. Коленные и голеностопные суставы отечны, увеличены в объеме, горячие на ощупь, движения в них болезненные. Слизистые оболочки полости рта и носоглотки умеренно гиперемированы, небные миндалины увеличены, полнокровны. Зубы кариозные. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы до 2 размера, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отр. с обеих сторон. Общий анализ крови и мочи без изменений, кал на яйца глист и простейших отр. Осмотрен лор-врачом выявлен хронический тонзиллит, рекомендовано исключить гайморит.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.

3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 20 кг.
4. Дифф. диагностика.
5. План диспансеризации после выписки.

Ситуационная задача N3

Девочка 7 лет получила прививку (ревакцинацию АКДС). Через 2 недели после ревакцинации появилась боль в животе, рвота, поднялась температура тела до 39,2°C. Ребенок был доставлен каретой «Скорой помощи» в стационар с подозрением на острый холецистит. При осмотре девочка бледная, вялая. Язык обложен белым налетом. Зев спокоен. Лимфатические узлы не увеличены. Физикальные данные по органам грудной полости без особенностей. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. После снятия колготок на голених, вокруг голеностопных суставов обнаружена розовая геморрагическая сыпь в виде мелких пятен и узелков. В периферической крови: эритроциты 4,3 млн. в 1 мкл, Hb 98 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 12,0 тыс. в 1 мкл, эоз. 6, пал. 1, сегм. 58, лимф. 31, мон. 4, СОЭ 21 мм/час, тромбоциты 210 тыс. в 1 мкл. В общем анализе мочи: белка и сахара нет, лейкоциты 4-4-5, эритроциты 1-1-2. Реакция Грегерсена в кале положительна. Гемостазиограмма: протромбиновый индекс 105%, время рекальцификации плазмы 60 сек., тромботест VII степени, фибриноген 5,0 г/л, этаноловый тест положителен.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План лечения с указанием доз препаратов и сроков применения. Масса ребенка 28 кг.
3. Срочная консультация какого узкого специалиста?
4. План диспансерного наблюдения после выписки из стационара.
5. Дифф. диагностика.

Ситуационная задача N4

Мальчик 5 лет поступил в клинику с жалобами на появление сыпи на ногах и боли в животе. 2 недели назад перенес ангину. Объективно бледный, на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, на голених, вокруг голеностопных суставов, ягодицах определяется темно-красного цвета сыпь в виде пятен и папул от 3 до 10 мм. Коленные суставы отечны, движения в них болезненные. Подчелюстные и передние шейные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см в диаметре, болезненные. Небные миндалины гиперемированы. Со стороны легких и сердца изменений не выявлено. Живот пальпаторно мягкий, болезненный во всех отделах. Моча внешне не изменена. На третий день пребывания в стационаре абдоминальные боли усилились, стали схваткообразными, появилась частая рвота, черный стул. Живот оставался мягким, но болезненным при

пальпации во всех отделах. В периферической крови: эритроциты 4,3 млн. в 1 мкл, Нв 85 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 12 тыс. в 1 мкл, эоз.5, пал.1, сегм.63, лимф.26, мон.5, СОЭ 15 мм/час, тромбоциты 180 тыс. в 1 мкл. Свертываемость крови по Ли-Уайту 5 минут. Длительность кровотечения по Дьюке 3 минуты. В общем анализе мочи: белок 0,033 г/л, лейкоциты 4-5-5, эритроциты 40-50 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2-2. Гемостазиограмма: протромбиновый индекс 100%, тромботест VII степени, фибриноген 7,0 г/л, этаноловый тест положителен, тромбиновое время 7 секунд.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 20 кг.
4. Дифф. диагностика. 5. План диспансеризации после выписки.

Ситуационная задача N5

Девочка 5 лет поступила в клинику с жалобами на появление синяков на ногах, обильное носовое кровотечение. В анамнезе – 2 недели назад перенесла ОРВИ. Объективно пониженного питания, бледная, лимфатические узлы не увеличены. На ногах и туловище видны многочисленные синяки и элементы петехиальной сыпи. Положительны симптомы жгута и щипка. На слизистых оболочках полости рта и носоглотки кровоизлияния. В носовых ходах кровянистые корочки. По внутренним органам статус без особенностей. В периферической крови: эритроциты 3,2 млн. в 1 мкл, Нв 96 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 8,0 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал.3, сегм.41, лимф.44, мон.9, СОЭ 12 мм/час, тромбоциты 30 тыс. в 1 мкл. Общий анализ мочи без изменений. Кал на яйца глист и простейших отр. Длительность кровотечения по Дьюку 8 минут. Время свертывания крови – начало 3 минута, конец 6 минута. Индекс ретракции кровяного сгустка 0,1. Иммунограмма: повышен уровень антитромбоцитарных иммуноглобулинов G. Миелограмма: красный и белый росток не изменены, количество мегакариоцитов не изменено, но отшнуровка тромбоцитов замедлена. Анализ мочи без особенностей. При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Укажите данные, подтверждающие клинический диагноз.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 18 кг.
4. Дифференциальная диагностика.
5. План диспансеризации.

. Ситуационная задача N6

Мальчик 8 лет поступил в клинику с жалобами на появление синяков по всему телу, кровоточивость из десен и носовых ходов, покраснение мочи. Болен в течение 4 лет. Впервые заболевание проявило себя через 2 недели после перенесенной ОРВИ. Трижды лечился стационарно, каждое обострение сопровождалось кровоизлияниями на коже и носовыми кровотечениями. Часто болеет ангинами. При осмотре бледный, на коже многочисленные петехии и синяки по типу «шкуры леопарда». Десны кровоточат. В носовых ходах кровянистые корочки. Небные миндалины гипертрофированы, разрыхлены, с гнойным детритом в лакунах. По внутренним органам статус без особенностей. Внешне моча красного цвета. В периферической крови: эритроциты 2,9 млн. в 1 мкл, Нв 88 г/л, цветовой показатель 0,7, лейкоциты 12,0 тыс. в 1 мкл, эоз.6, пал.3, сегм.50, лимф.36, мон.5, СОЭ 25 мм/час, тромбоциты 9,5 тыс. в 1 мкл. Длительность кровотечения по Дьюку 10 минут. Индекс ретракции кровяного сгустка 0,05. Иммунограмма: увеличено содержание антитромбоцитарных иммуноглобулинов G. Миелограмма: красный и белый ростки не изменены, мегакариоцитарный росток раздражен, отшнуровка тромбоцитов замедлена. В общем анализе мочи: белок 0,5 г/л, лейкоциты 10-12 в поле зрения, эритроциты сплошь. При УЗИ органов брюшной полости отмечено увеличение селезенки.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 25 кг.
3. Оцените возможность оперативного лечения.
4. Консультация узких специалистов.
5. Дифф. диагностика.

Ситуационная задача N7

Мальчик 6 лет в конце марта был привит. 16 апреля на ногах и руках появились множественные синяки и петехии, а на следующий день возникло длительное носовое кровотечение. При осмотре в клинике ребенок вялый, бледный, по всему телу регистрируется обильная геморрагическая сыпь в виде петехий и экхимозов различной величины. На мягком небе, склерах глаз, на внутренней поверхности щек мелкие кровоизлияния. Положительны симптомы щипка, жгута. По внутренним органам статус без особенностей. Суставы интактны. В периферической крови: эритроциты 2,6 млн. в 1 мкл, Нв 80 г/л, цветовой показатель 0,8, лейкоциты 2,5 тыс. в 1 мкл, эоз.1, пал.1, сегм.10, лимф.88, СОЭ 15 мм/час, тромбоциты – единичные в мазке. Длительность кровотечения по Дьюку 15 минут. Время свертывания крови – начало на 3-й минуте, конец на 5-й минуте. Ретракция кровяного сгустка не происходит. Общий анализ мочи без особенностей. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Кал на яйца глист и простейших отр.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.

3. План лечения при подтверждении предварительного диагноза с указанием доз препаратов. Масса ребенка 20 кг.
4. Дифф. диагностика.
5. План диспансеризации после выписки.

Ситуационная задача N8

Девочка 13 лет поступает в клинику повторно с жалобами на появление крупных и мелких кровоизлияний на коже, носовые кровотечения, профузное маточное кровотечение. Впервые кожный и геморрагический синдромы отмечены 1,5 года назад, через 2 недели после перенесенной ОРВИ. После курса стероидной терапии (преднизолон 2 мг/кг в сутки в течение 1 месяца) и симптоматического лечения наступила клиническая ремиссия продолжительностью 1 год 2 месяца, а затем вновь появилась кожная геморрагическая сыпь, кровотечения из слизистых оболочек. В клинике вновь проведена стероидная терапия, перелита кровь, назначены препараты кальция и аскорутин. Кровотечение прекратилось, однако геморрагическая сыпь сохраняется. В периферической крови: эритроциты 2,0 млн. в 1 мкл, Нв 65 г/л, цветовой показатель 0,7, лейкоциты 7,8 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал. 3, сегм.40, лимф.47, мон.9, СОЭ 8 мм/час, тромбоциты – единичные в препарате. Длительность кровотечения по Дьюку 7 минут. Время свертывания крови – начало 2 минута, конец 4 минута. Ретракция кровяного сгустка отсутствует. Иммунограмма: повышен уровень антитромбоцитарных иммуноглобулинов G. Миелограмма: красный и белый росток не изменены, количество мегакариоцитов снижено, отшнуровка тромбоцитов замедлена.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Тактика дальнейшего ведения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 35 кг.
3. Обоснуйте необходимость оперативного лечения в данном случае.
4. Дифференциальная диагностика.
5. План дальнейшего ведения больной.

Ситуационная задача N9

Девочка 14 лет обратилась в клинику с жалобами на обильные и упорные маточные кровотечения, регистрируемые с возраста 13 лет, после появления первых месячных. В анамнезе – спонтанное появление синячков и мелких кровоизлияний на коже с ранних лет жизни, длительные кровотечения при смене молочных зубов. У бабушки по отцовской линии также отмечается склонность к повышенной кровоточивости. Объективно девочка бледная, астеничная. На коже голеней, лодыжек, выше локтевых суставов видны небольшие кровоподтеки разной степени развития (от свежих, красновато-синеватых, до угасающих, желтоватых). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Множественные не санированные кариозные зубы. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. В гемограмме: Нв 100 г/л, эритроциты 3,2 млн. в 1

мкл, ЦП 0,9, тромбоциты 185,0 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 7,5 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал.2, сегм.59, лимф.28, мон.9, СОЭ 7 мм/час. В гемостазиограмме: время кровотечения по Дьюку 7 минут, ретракция кровяного сгустка замедлена, адгезия тромбоцитов 100%, агрегация тромбоцитов 20%, реакция «освобождения» тромбоцитов сохранена. Общий анализ мочи: белок не обнаружен, сахар отр., лейкоциты единичные, эритроциты 0.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса девочки 40 кг.
4. Дифф. диагностика. 5. План дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача N10

Мальчик 6 лет доставлен в клинику с жалобами на продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба. В анамнезе – распространенные гематомы на месте легких ушибов с ранних лет жизни, длительные носовые кровотечения, эпизод обширной гематомы после инъекции пенициллина. В семейном анамнезе – повышенная кровоточивость у отца мальчика. Объективно ребенок бледный, астеничный, на коже туловища и конечностей видны кровоподтеки разной величины и степени свежести, наиболее выраженные в местах наибольшей травматизации (голени, лодыжки, колени, локти). Лимфатические узлы не увеличены. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. В гемограмме: Нв 104 г/л, эритроциты 3,5 млн. в 1 мкл, ЦП 0,9, тромбоциты 190,0 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 9,5 тыс., эоз.1, пал.3, сегм.42, лимф.42, мон.12, СОЭ 8 мм/час. В гемостазиограмме: время кровотечения по Дьюку 6 минут, ретракция кровяного сгустка замедлена, адгезия тромбоцитов 20%, агрегация тромбоцитов 100%, реакция «освобождения» тромбоцитов сохранена. Размеры, масса и ультраструктура тромбоцитов нормальные. При добавлении донорской бестромбоцитарной плазмы и криопреципитата изменения гемостазиограммы редуцируются. Активность фактора Виллебранда 15%.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса мальчика 20 кг.
4. Дифф. диагностика.
5. План наблюдения.

Ситуационная задача N11

Девочка 15 лет доставлена в клинику с жалобами на обильные маточные кровотечения в период месячных со времени становления менструального цикла. В анамнезе – повышенная кровоточивость с ранних лет жизни, частые подкожные кровоизлияния после легких ушибов, длительные кровотечения после удаления зубов. У

тети по материнской линии также отмечается повышенная кровоточивость (по жизненным показаниям проведено удаление матки). Объективно девочка бледная, астеничная. На коже голени, лодыжек, туловища видны небольшие кровоподтеки разной степени развития (от свежих, красновато-синеватых, до угасающих, желтоватых). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Печень и селезенка не пальпируются.

Физиологические отправления в норме. В гемограмме: Нв 100 г/л, эритроциты 3,2 млн. в 1 мкл, ЦП 0,8, тромбоциты 185,0 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 7,5 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал.2, сегм.59, лимф.28, мон.9, СОЭ 7 мм/час. В гемостазиограмме: время кровотечения по Дьюку 7 минут, ретракция кровяного сгустка замедлена, адгезия тромбоцитов 100%, агрегация тромбоцитов 20%, реакция «освобождения» тромбоцитов сохранена.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса девочки 40 кг.
4. Дифф. диагностика.
5. План диспансеризации.

Ситуационная задача N12

Мальчик 6 лет поступил в клинику после амбулаторной операции (подрезания уздечки языка) с появлением обильного кровотечения. При осмотре – бледный, большая гематома на левой голени, правый коленный сустав шарообразной формы, движения болезненны, резко ограничены, атрофия мышц на пораженной конечности. Из анамнеза: родился в срок, с массой 3400 г, закричал сразу, после рождения отмечалась выраженная кефалогематома. В семейном анамнезе – повышенная кровоточивость у бабушки по материнской линии. В периферической крови – эритроциты 3,5 млн. в 1 мкл, Нв 80 г/л, лейкоциты 6,0 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал.3, сегм.28, лимф.59, мон.8, СОЭ 22 мм/час, тромбоциты 200 тыс. в 1 мкл. Гемостазиограмма: длительность кровотечения по Дьюку 3 минуты, длительность свертывания крови по Ли-Уайту 1 час 4 минуты⁴., время потребления протромбина 125 секунд, активированное частичное тромбопластиновое время 130 секунд, индекс ретракции кровяного сгустка 0,4. Общий анализ мочи без изменений. Кал на яйца глист и простейших отр. УЗИ: ДЖВП по гипомоторному типу.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных обследований.
3. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 7500 г.
4. Дифф. диагностика.
5. План дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача N13

Девочка 6 месяцев, от I беременности (матери 36 лет), из-за постоянной угрозы прерывания беременности родилась недоношенной, с массой тела 1800 г, из-за агалактии матери с рождения кормится заменителями грудного молока, прикорм еще не вводился. Мама во время беременности лечилась по поводу анемии (гемоглобин 85 г/л). При осмотре ребенок вялый, эмоциональный тонус снижен, плаксивый, негативный. Масса тела 5300 г. Головку начала держать с 3 месяцев. На ножки опирается слабо. Зубов нет. Волосы на голове редкие, тусклые. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, ногтевые ложа и ладони также бледные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке. ЧСС 128 в минуту. Печень пальпируется на 2 см из-под правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный. В гемограмме: Нв 72 г/л, эритроциты 3,5 млн. в 1 мкл, ЦП 0,6, ретикулоциты 25По, лейкоциты 10,8 тыс. в 1 мкл, эоз.2, пал.3, сегм.30, лимф.58, мон.7, СОЭ 6 мм/час, микроанизоцитоз, гипохромия ++. Анализы мочи и кала без особенностей. Сывороточное железо 6,3 мкмоль/л, ОЖСС 60 мкмоль/л, КНТ 13%.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований
3. План лечения с указанием доз препаратов.
4. Дифф. диагностика. 5. План дальнейшего ведения.

Ситуационная задача N14

Мальчик 1 года, родился от IV беременности (у матери во время беременности была анемия и гестоз 2-й половины). Интергенетический интервал 1-1,5 года. Роды в срок, масса при рождении 3300 г. В 1 год имеет массу 8500 г. Самостоятельно не ходит, стоит с поддержкой. Зубов – 2 (верхние резцы). Разговорной речи нет, знает 2-3 слова. Эмоционально лабильный, капризный, плаксивый. Часто болеет. Вскармливание вплоть до настоящего времени грудное, с 10 месяцев прикармливается манной кашей. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки полости рта и носоглотки бледные, чистые. Подкожно-жировой слой истончен. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца учащены (ЧСС 108 в минуту), систолический шум на верхушке. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Гемограмма: Нв 72 г/л, эритроциты 3,5 млн. в 1 мкл, ЦП 0,5, ретикулоциты 17По, тромбоциты 210,0 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 9,1 тыс. в 1 мкл, эоз.1, пал.1, сегм.33, лимф.55, мон.10, СОЭ 5 мм/час, микроанизоцитоз, гипохромия ++. Анализы мочи и кала без особенностей. Сывороточное железо 6,3 мкмоль/л, ОЖСС 60 мкмоль/л, КНТ 13%. УЗИ умеренное гепато-спленомегалия. ДЖВП.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. План лечения с указанием доз препаратов.
4. Дифф. диагностика. 5. План дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача N15

Девочка 12 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, раздражительность, капризность, извращение вкуса (ест глину и известь), учащенный пенистый стул с неприятным запахом, отставание в физическом развитии. В анамнезе: от II беременности, II родов, имевших гладкое течение. Масса при рождении 3100 г. На первом году жизни развивалась и прибавляла в массе соответственно нормативам до возраста 6 месяцев, когда после введения прикорма (манной каши) у ребенка появился понос (частый обильный стул с жирным блеском и неприятным запахом), ухудшился аппетит, девочка стала терять в массе и отставать в физическом и психомоторном развитии. Многократные исследования кала на патогенную микрофлору и гельминтоз оказались безрезультатными. Объективно состояние расценено как тяжелое в связи с выраженным отставанием в физическом развитии (масса 25 кг, рост 131 см) и признаками дистрофизации (кожа бледная, истонченная, сухая на ощупь, подкожно-жировая клетчатка резко снижена на туловище и конечностях, живот увеличен в объеме, атоничен, распластан по типу «лягушачьего»). В гемограмме: Нв 45 г/л, эритроциты 1,9 млн. в 1 мкл, ЦП 0,6, ретикулоциты 40%, лейкоциты 4,1 тыс. в 1 мкл, эоз.1, баз.1, пал.4, сегм.56, лимф.30, мон.7, СОЭ 10 мм/час. С учетом вышеприведенных данных в клинике был выставлен диагноз «Синдром мальабсорбции (глютеновая болезнь)».

Вопросы:

1. Сопутствующий диагноз.
2. План дополнительных исследований по сопутствующему диагнозу.
3. План лечения по сопутствующему диагнозу.
4. Дифф. диагностика.
5. План дальнейшего наблюдения.

Раздел 8

Ситуационная задача N 1

Девочка 11 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, колющие боли в области сердца. В анамнезе – через 2 недели после перенесенной ангины вновь повысилась температура тела до 39,2°С, появились боли и отечность коленных суставов. Объективно состояние тяжелое, девочка бледная, адинамичная. Небные миндалины рубцово изменены, спаяны с дужками, имеются гнойные пробки, язык обложен. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя по III ребру, левая на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, дующий систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧСС 88 в минуту. АД 110/60 мм рт. столба. Живот мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см из под края реберной дуги. В периферической крови: лейкоциты 12,5 тыс. в 1 мкл, эоз.8, пал.3, сегм.55, лимф.26, мон.10, СОЭ 28 мм/час. Сывороточные тесты: СРБ ++, АСЛ-О 1:620, АСГ 1:500. На

ЭКГ – синусовая брадиаритмия. На ФКГ – низкий I тон, небольшой систолический шум.

Вопросы: 1.Какой Ваш предварительный

диагноз?

2. Какие дополнительные исследования назначите для подтверждения Вашего диагноза?
3. Обоснуйте клинический диагноз.
4. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 30 кг.
5. Какие рекомендации дадите после лечения?

Ситуационная задача N 2

Мальчик 8 лет поступил в клинику с жалобами на слабость, непроизвольные подергивания мимической мускулатуры, некоординированные движения рук и ног. В анамнезе – частые простудные заболевания, вышеуказанные жалобы появились после очередной перенесенной ангины. Родители обратились к экстрасенсу, прошли 1 сеанс лечения – без результата, непроизвольные движения усилились, стал спотыкаться и падать, появилась невнятная речь, почерк стал размашистым и непонятным. Объективно кожные покровы бледноватые, временами, при волнении появляются красные пятна, выявляются выраженные гиперкинезы мимических мышц и мышц конечностей, мышечная гипотония, симптом «вялых плеч» положительный. В позе Ромберга падает, пальце- носовую пробу выполняет с промахом. Кожные покровы бледноватые, временами появляются красные пятна, ладони влажные, небные миндалины увеличены, рыхлые. Границы относительной сердечной тупости: правая на середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая – на 1,5 см кнаружи от левой средино-ключичной линии, верхняя – по III ребру. Аускультативно тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. В анализах крови: лейкоциты 6,0 тыс. в 1 мкл, СОЭ 10 мм/час, общий белок 72,2 г/л, ал АСЛ-О 1:575, АСГ 1:400, СРБ +, ДФА 0,200 ед.

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования назначите для подтверждения Вашего диагноза?
3. Обоснуйте клинический диагноз.
4. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 23 кг.
5. Какие рекомендации дадите после лечения?

Ситуационная задача N 3

Мальчик 12 лет поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, сердцебиение, одышку, которая усиливается при незначительной физической нагрузке. В анамнезе – частые ангины до возраста 8 лет, в 8 лет после ангины появились боли в области сердца и крупных суставов, припухлость суставов (обследовался и получал неоднократно стационарное лечение). Объективно определяется выбухание грудной клетки спереди над областью сердца, видимая на глаз пульсация в подложечной области. Верхушечный толчок разлитой, смещен вниз и влево. При пальпации в области верхушки сердца определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая на середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно: I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен, на верхушке прослушивается грубый систолический шум. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт.столба. В анализах крови – лейкоциты 6,4 тыс. в 1 мкл, СОЭ 9 мм/час, АСЛ-О 1:125, СРБ отрицателен. На ЭКГ – смещение электрической оси сердца влево, признаки гипертрофии левых отделов (двугорбый зубец Р, высокий зубец R в отведениях I, II, aVL, V₄₋₆, глубокий S зубцов в отведениях II, III, aVL, V₁₋₃). Рентгенологически определяется кардиомегалия, увеличение контуров левого предсердия и левого желудочка, «сердечная талия» сглажена (митральная конфигурация сердца).

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования назначите для подтверждения диагноза?
3. Обоснуйте клинический диагноз.
4. Имеются ли признаки хронической сердечной недостаточности, если есть, перечислите?
5. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 35 кг.

Ситуационная задача N 4

Девочка 12 лет поступила в клинику с жалобами на быструю утомляемость, одышку, боли в области сердца, приступы удушья. В анамнезе – частые ангины, с 7 лет периодически получает стационарное лечение по поводу вышеуказанных жалоб. Объективно ребенок бледный, синюшный румянец щек. Небные миндалины гипертрофированы, спаяны с дужками зева. Пальпаторно верхушечный несколько ослаблен, определяется пресистолическое дрожание («кошачье мурлыканье»). Границы сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая по левой среднеключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно I тон хлопающий, слышен митральный щелчок, II тон над лёгочной артерией усилен, диастолический шум на верхушке. ЧСС 88 в минуту. АД 100/60 мм рт.столба. В анализах крови – лейкоциты 6,1 тыс. в 1 мкл, СОЭ 9 мм/час, СРБ отрицателен, ДФА 0,150 ед., АСЛ-О 1:125, АСГ 1:200. На ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого предсердия (уширенный, двугорбый зубец Р_{I, II}, V_{5,6}). На ФКГ – увеличение амплитуды I тона, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум. Рентгенологически отмечено увеличение левого

предсердия со сглаженной «сердечной талией», признаки артериальной и венозной лёгочной гипертензии.

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования назначите для подтверждения Вашего диагноза?
3. Обоснуйте клинический диагноз.
4. Чем обусловлены приступы удушья у ребёнка.
5. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 35 кг.

Ситуационная задача N 5

Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на быструю утомляемость, слабость, сердцебиение, перебои, боли в области сердца и крупных суставов, головокружение. В анамнезе – частые ангины, с 9 лет периодически получает стационарное лечение по поводу ревматической лихорадки. Данное ухудшение наступило после переохлаждения. Объективно ребенок бледный, худой. Масса 33 кг, рост 142 см. Зев гиперимирован, небные миндалины увеличены в объеме, спаяны с дужками зева. При осмотре обращает на себя внимание пульсация шейных артерий по типу «пляски каротид», в области сердца заметен приподнимающийся верхушечный толчок, смещенный влево и вниз. Границы сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно определяется ослабление I тона на верхушке и II тона на аорте, над аортой и в точке Боткина-Эрба прослушивается дующий диастолический шум, на верхушке систолический шум. На бедренной артерии выслушивается двойной тон (при надавливании на артерию головкой стетоскопа – двойной шум). ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. столба. В анализах крови – лейкоциты 6,1 тыс. в 1 мкл, СОЭ 14 мм/час, СРБ положителен, ДФА 0,130 ед., АСЛ-О 1:625, АСГ 1:400. На ЭКГ – электрическая ось сердца отклонена влево, глубокие зубцы S в правых грудных и большие зубцы R в левых грудных отведениях, высокий заостренный зубец T. Рентгенологически отмечено увеличение левого желудочка с подчеркнутой «сердечной талией», расширение и усиленная пульсация восходящей аорты, усиление сосудистого рисунка лёгких.

Вопросы:

1. Ваш

клинический диагноз.

2. Какое дополнительное исследование отсутствует и какие изменения Вы ожидаете получить в нём?
3. Обоснование клинического диагноза.
4. План лечения с указанием доз препаратов.
5. План диспансерного наблюдения больного.

Ситуационная задача N 6

Мальчик 15 лет поступил в клинику с жалобами на одышку и сердцебиение при физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, головокружение, обмороки, боли в области сердца и периодические боли крупных суставах при перемене погоды. В анамнезе – частые ангины, с 11 лет периодически получает стационарное лечение по поводу вышеуказанных жалоб. Объективно отмечается выраженная бледность кожи. Небные миндалины увеличены в объеме, спаяны с дужками зева. При осмотре в области сердца заметен приподнимающийся верхушечный толчок. Пальпаторно определяется смещение верхушечного толчка влево, он разлитой, приподнимающийся, при пальпации во II межреберье справа от грудины ощущается «систолическое дрожание». Границы сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно определяется ослабление II тона на аорте, здесь же прослушивается грубый систолический шум, проводимый на сонные артерии. ЧСС 88 в минуту. АД 80/65 мм рт. столба. В анализах крови – лейкоциты 5,3 тыс. в 1 мкл, СОЭ 8 мм/час, СРБ отрицателен, ДФА 0,140 ед., АСЛ-О 1:125, АСГ 1:125. На ЭКГ – электрическая ось сердца отклонена влево, глубокие зубцы S в правых грудных и большие зубцы R в левых грудных отведениях. Рентгенологически отмечено увеличение левого желудочка с выраженной талией и приподнятой над диафрагмой верхушкой (по типу «сапожка»).

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. Какое дополнительное исследование отсутствует и какие изменения Вы ожидаете получить в нём?
3. Обоснование клинического диагноза.
4. План лечения с указанием доз препаратов.
5. Каким осложнениям может привести данное состояние.

Ситуационная задача N 7

Девочка 3 мес. Мать жалуется на отставание в физическом развитии, одышку. Анамнез: ребенок от II беременности, протекавшей с выраженным токсикозом I половины, на 2 мес. беременности мать перенесла грипп. Роды в срок, масса при рождении 3500,0г. Закричал сразу. С рождения ребенок дважды переболел пневмонией. Осмотр: отставание в физическом развитии, МТ – 4000,0 г. Кожные покровы бледные, лёгкий цианоз носогубного треугольника, который усиливается при плаче. Умеренная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно: правая граница относительной тупости сердца на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: акцент II тона на легочной артерии, систолический шум средней интенсивности во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС – 138 в 1 мин. ЧД- 48 в 1 мин. Общий анализ крови: эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв 130 г/л, ЦП 0,8, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, эоз.1, пал.3, сегм.27, лимф. 65, мон.4, СОЭ 4 мм/час. На ЭКГ – электрическая ось сердца смещена вправо, в грудном отведении V₁ зубец R большой, зубец S большой в V₅₋₆, зубец R остроконечный в II, V_F, V₁₋₃. Рентгенологически отмечается усиление

легочного сосудистого рисунка, увеличение поперечника сердца за счет правых отделов.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План дополнительных обследований.
4. Тактика дальнейшего ведения.
5. Чем определяются сроки хирургических вмешательств.

Ситуационная задача N 8

Мальчик 3 года. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку, кашель. Ребенок от II беременности, протекавшей с выраженным токсикозом в 1-ой половине и анемией. Мать в первом триместре перенесла вирусную инфекцию. Родился доношенным, с массой 2800, 0 г, закричал сразу. Из анамнеза мама отмечает частые бронхиты и пневмонии в первый и во второй год жизни, анемию. При осмотре ребёнок пониженного питания, кожные покровы бледные, мраморность, акроцианоз, одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры, грудная клетка деформирована, «сердечный горб», верхушечный толчок смещен влево, усилен. Аускультативно грубый систолический шум у левого края грудины и в III-IV межреберье. II тон акцентирован во II межреберье слева. В легких выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. Живот увеличен в объёме, печень выступает из края рёберной дуги на 2,5 см. В общем анализе крови – эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 98 г/л, ЦП 0,8, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эоз.2, пал.3, сегм.30. лимф.61, мон.4, СОЭ 5 мм/час. На ЭКГ – электрическая ось сердца смещена вправо, в грудном отведении V₁ регистрируется зубец Q, в грудных отведениях V_{5,6} – уменьшена амплитуда зубца R и увеличена амплитуда зубца S. На R-графии органов грудной клетки – усиление легочного рисунка, расширение ствола и ветвей легочной артерии.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План дополнительных обследований.
4. Тактика консервативного ведения.
5. Чем определяются сроки хирургических вмешательств.

Ситуационная задача N 9

Мальчик 7 лет. В раннем возрасте рос и развивался нормально. С 3 лет отмечается утомляемость, слабость, отставание в физическом развитии, затем

присоединилась одышка. Осмотр: кожные покровы бледные, отстаёт в физическом развитии. Легкий цианоз кончиков пальцев. Усиленная пульсация сонных артерий. Пальпаторно верхушечный толчок приподнимающийся, разлитой, смещён вниз, во II межреберье слева систолическое дрожание. Аускультативно II тон над лёгочной артерией усилен, расщеплён, выслушивается систоло-диастолический «машинный» шум во II межреберье слева у грудины и хорошо проводится на спину. САД несколько повышено, ДАД снижено, после физической нагрузки падает до нуля. В общем анализе крови – эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв 115 г/л, ЦП 0,8, лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, эоз.2, пал.3, сегм.49. лимф.32, мон.4, СОЭ 5 мм/час. Рентгенография: легочный рисунок усилен, корни широкие, талия сердца сглажена, увеличены левые отделы сердца и правый желудочек. На ЭКГ – электрическая ось сердца отклонена влево, зубец R высокий (в грудном отведении V_6 выше такового в отведениях $V_{5,4}$), интервал ST смещен ниже изолинии, зубец T отрицательный в левых грудных отведениях.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Охарактеризуйте гемодинамику.
4. План дополнительных обследований.
5. Тактика консервативного ведения.

Ситуационная задача N 10

Мальчик 5 месяцев. В первую половину беременности мать перенесла тяжелый грипп. Масса при рождении 2700 г, рост 48 см. Сразу после рождения выявлен тотальный цианоз, одышка (кислородотерапия улучшения не приносила), при кормлении, пеленании цианоз усиливался. Перенес две ОРВИ и острую пневмонию. Осмотр: ребенок гипотрофичный с признаками нарушения питания, кожные покровы синюшные, истонченные, масса 3500 г, рост 56 см., отстаёт в психомоторном развитии, головку удерживает недолго, не переворачивается со спины на живот. В легких прослушиваются влажные разнокалиберные хрипы, ЧД 72 в минуту. Имеется «сердечный горб». Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – по I ребру, левая – на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый систолический шум, II тон на легочной артерии акцентирован. ЧСС 148 в минуту. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 4 см. При катетеризации сердца в правом желудочке зарегистрировано давление, равное системному. При ангиографии отмечено отхождение аорты от правого желудочка, легочной артерии – от левого желудочка.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План дополнительных обследований.
4. Тактика дальнейшего ведения.
5. Какие должны быть дополнительные коммуникации при этом пороке сердца, чтобы ребёнок мог жить.

Ситуационная задача N 11

Мальчик 5 лет, предъявляет жалобы на приступы затрудненного дыхания, которые сопровождаются выраженным цианозом. В анамнезе с рождения периодически отмечалась синюшность кончиков пальцев рук и ног. С 3-4 месяцев жизни при сосании груди и двигательной активности усиливался диффузный цианоз. С 6 месяцев жизни стали появляться приступы выраженной одышки и интенсивного цианоза, от сине-фиолетового до темно-коричневого. Спит на боку с подтянутыми к животу ногами. При осмотре обращает внимание общая цианотичность, деформация концевых фаланг и пальцев рук по типу «барабанных палочек», «сердечный горб», выраженная сосудистая сеть на груди. Аускультативно грубый систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом в III-IV межреберье, II тон на легочной артерии ослаблен. В общем анализе крови – эритроциты $6,2 \times 10^{12}/л$, Нв 150 г/л, ЦП 0,8, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эоз.1, пал.3, сегм.54. лимф.38, мон.4, СОЭ 4 мм/час. На ЭКГ – электрическая ось сердца отклонена вправо, в грудном отведении V_1 регистрируется зубец Q, в грудных отведениях $V_{5,6}$ – уменьшена амплитуда зубца R и увеличена амплитуда зубца S. Рентгенологически легочный рисунок обеднен, сердце в виде «сапожка» за счет закругленной, приподнятой над диафрагмой верхушки и западения дуги легочной артерии.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План дополнительных обследований.
4. Чем обусловлены одышечно-цианотичные приступы
5. Тактика консервативного ведения

Ситуационная задача N 12

Мальчик 7 лет. Со слов родителей, ребенка беспокоят одышка, утомляемость, сердцебиение, усиливающееся при ходьбе, головная боль, головокружение, чувство прилива в верхней части туловища. Ребёнок от 2 беременности и 2-х родов. Беременность протекала относительно удовлетворительно, только был выраженный токсикоз в 1 половине беременности. Со слов мамы рос и развивался в 1 год жизни как все дети, прививки получали во время, далее мама отметила, что он последние 2-3 года стал больше уставать. К врачам не обращались.

При осмотре отмечается непропорциональность телосложения (хорошо развиты мускулатура верхней половины туловища и рук, относительная гипотрофия мышц таза и нижних конечностей). Ноги на ощупь холодные. Пульс на бедренных артериях слабый, едва прощупывается. АД на верхних конечностях 145/80 мм рт. столба, АД на нижних конечностях 80/50 мм рт. столба. Границы относительной тупости сердца расширены влево и несколько смещены вниз. Аускультативно: грубый систолический шум в II-III межреберье слева и в межлопаточной области, II тон на аорте усилен. ЧСС 100 в 1 мин. В общем анализе крови – эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 120 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, эоз.1, пал.3, сегм.54. лимф.38, мон.4, СОЭ 5 мм/час. На R-грамме органов грудной клетки – увеличение левых отделов сердца.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. План дополнительных обследований.
4. Тактика дальнейшего ведения.
5. Сроки хирургической коррекции.

Ситуационная задача N 13

Мальчик 5 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38-39° несколько раз в течение дня с резкими падениями до 35-36° и обильным потоотделением, озноб, бледность, боли в области сердца и суставах, слабость, снижение аппетита. В анамнезе – первых месяцев жизни беспокоят приступы выраженной одышки и интенсивного цианоза, часто садится на корточки после небольшой физической нагрузки, спит на боку с подтянутыми к животу ногами. Ухудшение в состоянии наступило через 12 дня после удаления 2-х кариозных зубов. Объективно кожные покровы бледные, цианотичные, с землистым оттенком. Пальцы на руках в виде «барабанных палочек», ногти изменены по типу «часовых стекол». Правый коленный и левый голеностопный сустав отёчны и болезненны на ощупь. Область сердца не изменена. Аускультативно II тон над легочной артерией резко ослаблен. Прослушивается грубый систолический шум в точке Боткина и свистящий систолический шум во II межреберье слева. При пальпации живота определяется увеличение печени и селезенки. В общем анализе крови – эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 110 г/л, ЦП 0,8г/л, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, эоз.1%, пал.10%, сегм.68%. лимф.17%, мон.4%, СОЭ 30 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. Ожидаемые результаты при проведении обследования
4. Какие меры предосторожности должен был предпринимать врач при удалении зуба?
5. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 18 кг.

Ситуационная задача N 14

Мальчик 7 лет поступил в клинику с жалобами на резкие подъемы температуры тела в течение дня до 39-40° с последующим падением до 35-36°, с ознобом и обильным потоотделением, бледность, слабость, отсутствие аппетита. В анамнезе стоит на учёте по поводу ВПС, частые ангины, простудные заболевания, пневмонии. Настоящее ухудшение развилось через 2 дня после тонзилэктомии. Объективно обращает на себя внимание резко

выраженная бледность кожных покровов, цвета «кофе с молоком». Заметно отстает в физическом развитии – масса 20 кг, рост 105 см. Грудная клетка деформирована выступающим вперед сердечным горбом. Видна разлитая пульсация в области сердца и передаточная в эпигастральной области. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в III-IV межреберье по левому краю грудины. Аускультативно- в III и IV межреберье по левому краю грудины выслушивается грубый систолический шум, проводимый на спину. На легочной артерии II тон усилен. На ЭКГ признаки гипертрофии обеих желудочков. Рентгенологически легочный рисунок усилен, оба желудочка гипертрофированы. В периферической крови эритроциты 2,3 млн. в 1 мкл, Нв 69 г/л, ЦП 0,7, тромбоциты 124 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 19,6 тыс. в 1 мкл, миелоц.1%, юн.2%, пал.12%, сегм.64%, лимф.17%, мон.4%, СОЭ 50 мм/час. При посеве крови на стерильность дважды выделен золотистый стафилококк.

Вопросы:

1. Развернутый клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. План лечения с указанием доз препаратов
4. Какие требования к назначению антибактериальной терапии при этом заболевании?
5. Какие осложнения возможны при этом заболевании?

Ситуационная задача N15

Мальчик 10 лет поступил в клинику с жалобами на резкие подъемы температуры тела до 39-40° несколько раз в течение суток, с последующими падениями до 36-37°, озноб, обильное потоотделение, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита. В анамнезе – ревматизм с 6 лет, повторная ревматическая лихорадка неоднократно, несмотря на постоянную бициллино-профилактику. Настоящее ухудшение длится около 2 месяцев, возможным провокатором послужила амбулаторная тонзилэктомия. Объективно кожные покровы бледные, с землистым оттенком, цианотичные, единичные петехии. Масса 27 кг, рост 125 см. Обращает на себя внимание одышка в покое до 26 в минуту. Имеется сердечный горб. Верхушечный толчок усилен, смещен влево в V межреберье по передней подмышечной линии. Перкуторно границы сердца смещены влево и немного вправо. Прослушивается грубый систолический шум и ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии. Пальпаторно определяется увеличение размеров печени и селезенки. В крови эритроциты 2,9 млн. в 1 мкл, Нв 80 г/л, ЦП 0,7, тромбоциты 125 тыс. в 1 мкл, лейкоциты 12,2 тыс. в 1 мкл, СОЭ 55 мм/час. При посеве крови на стерильность роста микрофлоры не обнаружено. При ЭХОКГ выявлены передняя стенка митрального клапана очагово уплотнена, укорочение её с регургитацией II степени, расширение левых отделов сердца, гиперкинезия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого предсердия, на створках митрального клапана выявлены вегетации размером до 5-6 мм.

Вопросы:

1. Развернутый клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза
3. План ведения и лечения с указанием доз препаратов.

4. Профилактик данного заболевания.
5. Какие осложнения могут быть при данном заболевании.

Ситуационная задача N16

Мальчик 14 лет поступил с клинику с жалобами на головные боли, головокружение, периодические кратковременные потери сознания, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость. В анамнезе – считается больным в течение 1 года, когда стал замечать общую слабость и быструю утомляемость при физической нагрузке, затем присоединились головные боли и неприятные ощущения в области сердца. Из анамнеза: ребёнок от 1 беременности и родов, протекавших без патологии; роды в срок; рос и развивался соответственно возрасту, профилактические прививки получил по календарю; дедушка по линии отца страдал заболеванием сердца и умер внезапно в 45 лет. Объективно состояние расценено как удовлетворительное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. В V точке и во II межреберье слева от грудины выслушивается систолический шум. ЧСС 64 в минуту. АД 120/70 мм рт. столба. Показатели периферической крови и сывороточные биохимические тесты без отклонений от нормы. На ЭКГ признаки блокады левой ветви пучка Гиса, снижение сегмента ST, глубокий зубец Q в отведениях II, III, aVF, V₅₋₆. На рентгенограмме органов грудной клетки сердечная тень с незначительным увеличением левого желудочка, тень аорты не расширена.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. Дифференциальный диагноз
4. План лечения с указанием доз препаратов. Масса ребенка 40 кг.

Ситуационная задача N 17

Девочка 14 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость и одышку при физической нагрузке. Считается больной в течение года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Объективно состояние средней тяжести. Самочувствие существенно не страдает. Правильного телосложения, удовлетворительного питания (масса 40 кг). Кожные покровы бледноватые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы относительной сердечной тупости резко расширены влево и вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 128 в минуту. На верхушке прослушивается систолический шум средней интенсивности. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. В общем анализе крови – эритроциты 3,7 млн. в 1 мкл, Нв 120 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты 8,0 тыс. в 1 мкл, эоз.4, пал.2, сегм.69, лимф.20, мон.5, СОЭ 5 мм/час. Сывороточные биохимические тесты: общий белок 68,0 г/л, альбумины 45%, П-1-глобулины 6,3%, П-2 11,1%, П 15,7%, П 18,1%, СРБ отр., ДФА 0,240 ед. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка и правого желудочка, синусовая аритмия, тахикардия. На

рентгенограмме умеренное усиление лёгочного рисунка, расширение контуров сердца, КТИ -68%.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз.
2. План дополнительных исследований.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Имеются ли признаки сердечной недостаточности? Укажите какие.
5. План лечения с указанием доз препаратов.

Приложение №4

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (фронтальный опрос) **11 СЕМЕСТР**

1. Дефиниция рахита. Основные факторы риска развития рахита у детей.
2. Нормальный синтез витамина Д в организме.
3. Гормоны, регулирующие синтез вит Д. Функции вит. Д в организме.
4. Недостаток вит. Д и его последствия. Патогенез рахита.
5. Основные клинические симптомы рахита (нарушение ЦНС, остеомаляция, гиперплазия остеоидной ткани, гипоплазия костной ткани). Нарушения со стороны других систем (мышечная, кроветворная, иммунная, ЦНС). Периоды, степени тяжести и характер течения рахита.
6. Классификация рахита (витамин-Д-дефицитный, витамин Д-резистентный, витамин-Д-зависимый рахит).
7. Основные критерии дифференциальной диагностики витамин-Д-дефицитного, витамин Д-резистентного, витамин-Д-зависимого рахита.
8. Современные методы лечения, профилактики витамин-Д-дефицитного рахита.
9. Современные методы лечения витамин-Д-зависимого рахита.
10. Современные методы лечения витамин-Д-резистентного рахита.
11. Причины судорог (церебральные, экстрацеребральные).
12. Предрасполагающие факторы для развития судорог (анатомо-морфофункциональные особенности ЦНС, особенности обменных процессов у детей раннего возраста).
13. Клинический полиморфизм судорожных проявлений у детей раннего возраста.
14. Дифференциальная диагностика различных судорожных состояний у детей раннего возраста.

15. Оказание первой помощи детям с судорожными состояниями.
16. Принципы лечения различных судорожных состояний у детей раннего возраста.
17. Современный подход к классификации нарушений питания у детей раннего возраста.
18. Причины нарушений питания у детей раннего возраста (первичные, вторичные).
19. Клиника нарушений питания у детей раннего возраста.
20. Принципы выхаживания детей с нарушениями питания.
21. Определение бронхообструктивного синдрома (БОС).
22. Состояния при которых может развиваться БОС, его частота.
23. Степени дыхательной недостаточности, клинико-лабораторно-инструментальные проявления.
24. Клинические проявления БОС и заболеваний, протекающих с бронхообструкцией.
25. Функциональные параметры при БОС.
26. Рентгенологическая диагностика БОС.
27. Дифференциальный диагноз болезней органов дыхания, протекающих с БОС.
28. Принципы лечения болезней органов дыхания, протекающих с БОС.
29. Определение, этиопатогенез муковисцидоза у детей.
30. Определение, этиопатогенез дефицита альфа-1-антитрипсина.
31. Клиническая картина заболеваний, обусловленных врожденной ферментативной недостаточностью.
32. Дифференциальная диагностика заболеваний, обусловленных врожденной ферментативной недостаточностью.
33. Современные подходы к лечению заболеваний, обусловленных врожденной ферментативной недостаточностью.
34. Понятие о преморбидных состояниях у детей.
35. Течения бронхолегочных заболеваний на фоне дефицитной анемии, гипотрофии, рахита.
36. Течения бронхолегочных заболеваний на фоне аномалий конституции (экссудативно-катарального диатеза, лимфатико-гипопластического диатеза, нервно-артритического диатеза).
37. Особенности клинической картины и инструментально-лабораторных изменений при интерстициальном поражении легких
38. Дифференциальный диагноз при интерстициальных и диссеминированных процессах в легких. Идиопатический легочный фиброз, экзогенный (токсический) альвеолит
39. Поражение легких при васкулитах и диффузных заболеваниях соединительной ткани.
40. Современные подходы к лечению при интерстициальных и диссеминированных процессах в легких.
41. Диспансерное наблюдение при интерстициальных и диссеминированных процессах в легких.
42. Определение желтухи.
43. Основные этапы обмена билирубина.
44. Физиологическая желтуха. Причины возникновения.
45. Классификация патологических желтух.
46. Желтухи с непрямой гипербилирубинемией. Клинико-лабораторные проявления. Лечение.

47. Наследственные конъюгационные желтухи. Клинико-лабораторные проявления. Лечение.
48. Желтухи с прямой гипербилирубинемией, но со стулом обычного цвета. Клиниколабораторные проявления. Лечение.
49. Желтухи с прямой гипербилирубинемией и обесцвеченным стулом разной степени выраженности (холестатические желтухи). Клинико-лабораторные проявления. Лечение.
50. Заболевания щитовидной железы (врожденный гипотиреоз, транзиторные нарушения функции щитовидной железы). Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
51. Сахарный диабет. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение у новорожденных.
52. Заболевания надпочечников (острая недостаточность коры надпочечников, врожденная гиперплазия коры надпочечников, врожденная гипоплазия коры надпочечников). Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
53. Нарушение половой дифференцировки (интерсексуализм). Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
54. Неотложная терапия острой недостаточности коры надпочечников.
55. Терминология. Причины. Диагностические критерии. Особенности выхаживания новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Перевод на II этап выхаживания. Правила выписки.
56. Определение. Терминология. Факторы риска. Диагностические критерии.
57. Особенности оказания первичной реанимационной помощи в родильном зале:
58. Стратегии реанимации. Правила транспортировки из родильного зала на пост интенсивной терапии.
59. Особенности инфузионной терапии у детей с ОНМТ и ЭНМТ.
60. Особенности энтерального питания детей с ОНМТ и ЭНМТ.
61. Тактика при нарушении адаптации.
62. Охранительный режим и развивающийся уход при выхаживании новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.
63. Перевод недоношенных детей на II этап выхаживания.
64. Правила выписки недоношенных детей.
65. Терминология и определение шока.

66. Причины шока у новорожденных.
67. Патогенез шока у новорожденных.
68. Виды шока. Стадии шока у новорожденных.
69. Клиническая картина шока у новорожденных.
70. Лабораторные исследования при шоке у новорожденных.
71. Основные принципы терапии шока. Алгоритм терапии при шоке у новорожденных.
72. Характеристика основных лекарственных препаратов, используемых при шоках у новорожденных.
73. Определение, этиология функциональной диспепсии, абдоминальной боли, синдрома раздраженного кишечника, функционального запора.

74. Патогенез функциональной диспепсии, абдоминальной боли, синдрома раздраженного кишечника, функционального запора.
75. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика функциональной диспепсии, абдоминальной боли, синдрома раздраженного кишечника, функционального запора у детей.
76. Лечение и профилактика функциональной диспепсии, абдоминальной боли, синдрома раздраженного кишечника, функционального запора у детей.
77. Определение, этиология врожденных и приобретенных ферментопатий.
78. Патогенез врожденных и приобретенных ферментопатий.
79. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика врожденных и приобретенных ферментопатий.
80. Современные подходы к лечению врожденных и приобретенных ферментопатий.
81. Диспансерное наблюдение. Прогноз врожденных и приобретенных ферментопатий.
82. Строение и функции иммунной системы.
83. Аллергические заболевания у детей: определение, классификация, возрастные особенности.
84. Виды сенсibilизаций.
85. Системные аллергические реакции.
86. Виды системных аллергозов.
87. Этиопатогенез анафилактического шока у детей, сывороточной болезни, синдрома Стивенса-Джонсона, синдрома Лайелла.
88. Клиника в острый период системных аллергических реакций.
89. Неотложная помощь в острый период системных аллергических реакций.

12 СЕМЕСТР

1. Определение понятия «респираторный аллергоз».
2. Этиопатогенез риноконъюнктивального синдрома
3. Клиника сезонного риноконъюнктивита.
4. Классификация БА.
5. Этиопатогенез БА.
6. Клиника приступного периода БА.
7. Причины формирования астматического статуса.
8. Базисная терапия БА. Современные подходы к лечению.
9. Диспансерное наблюдение больных с респираторным аллергозом.
10. Определение дефицитных анемий и их классификация.
11. Особенности течения и лечения витамин В12-дефицитной анемии у детей.
12. Особенности течения и лечения фолиево-дефицитной анемии у детей.
13. Диагностика и неотложная терапия анемии тяжелой степени у детей.
14. Особенности течения и лечения белково-дефицитной анемии у детей.
15. Понятие о гемолизе (внутриклеточном и внутрисосудистом).
16. Определение гемолитических анемий.

17. Классификация гемолитических анемий.
18. Наследственный-сфероцитоз: этиопатогенез, клиника, картина крови.
19. Ферментопатии эритроцитов (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, дефицит пируваткиназы): этиопатогенез, клиника, картина крови.
20. Гемоглобинопатии (серповидно-клеточная анемия, талассемии): этиопатогенез, клиника, картина крови.
21. Классификация приобретенных гемолитических анемий у детей.
22. Иммунные, неиммунные приобретенные гемолитические анемии. Этиопатогенез.

Клинические проявления.

23. Определение апластической анемии.
24. Этиопатогенез врожденных гипо- и апластических анемий.
25. Особенности клинической симптоматики и течения апластических анемий у детей: конституционной анемии Фанкони, анемии Дайемонда-Блекфана.
26. Диагностика врожденных гипо- и апластических анемий.
27. Дифференциальная диагностика различных видов анемий.
28. Лечение и профилактика анемий.
29. Классификация геморрагических диатезов.
30. Клиническая картина гемофилии. Клинико-лабораторная диагностика гемофилии.
31. Этиопатогенез ИТП у детей. Классификация ИТП.
32. Клиническая картина ИТП у детей.
33. Классификация тромбоцитопатий у детей.
34. Болезнь Гланцмана: причины, патогенез, клинические проявления, клиниколабораторная диагностика.
35. Болезнь Виллебранда: причины, патогенез, клинические проявления, клиниколабораторная диагностика.
36. Болезнь Бернара-Сулье: причины, патогенез, клинические проявления, клиниколабораторная диагностика.
37. Этиопатогенез ГВ. Классификация ГВ.
38. Клиническая картина ГВ у детей.
39. Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов у детей.
40. Лейкемоидные реакции, определение понятия.
41. Этиология и патогенез лейкемоидных реакций.
42. Виды лейкемоидных реакций по картине крови.
43. Отличия лейкемоидных реакций от лейкозов.
44. Особенности лейкемоидных реакций у детей.
45. Патоморфологические изменения при различных формах кардиомиопатий (КМП).
46. Классификация КМП.
47. Клинические проявления различных форм заболевания.
48. Диагностические критерии ДКМП, ГКМП обструктивной и необструктивной форм.
49. Данные неинвазивных методов диагностики при КМП.
50. Дифференциальная диагностика КМП с другими заболеваниями миокарда.
51. Принципы лечения ДКМП, ГКМП.

52. Этапы профилактики КМП у детей.
53. Причины. Патогенез сердечной недостаточности.
54. Первичные механизмы адаптации. Вторичные механизмы адаптации.
55. Клинические проявления декомпенсации по лево- и правожелудочковому типу.
56. Особенности клинической картины при заболеваниях миокарда.
57. Дифференциальный диагноз сердечной недостаточности.
58. Принципы лечения сердечной недостаточности у детей.
59. Меры профилактики сердечной недостаточности.
60. Первичная артериальная гипертензия у детей. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика лечение, профилактика.
61. Вторичные артериальные гипертензии у детей. Ренальные, эндокринные, кардиоваскулярные, нейрогенные, редкие формы.
62. Первичная артериальная гипотензия у детей. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика лечение, профилактика.
63. Вторичные артериальные гипотензии у детей. Острые (обморок, коллапс, шок).

Хроническая вторичная артериальная гипотензия.

64. Регистрация ЭКГ. Зубцы, интервалы, комплексы.
65. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда правого предсердия.
66. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого предсердия.
67. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.
68. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда правого желудочка.
69. Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла. Синусовые тахикардия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз.
70. Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса.
71. Блокады (сино-артериальная и атрио-вентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз.
72. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.
73. Экстрасистолии. Причины, Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии.
74. Пароксизмальная тахикардия. Причины. Клинические проявления. Лечебные мероприятия. Купирование приступа.
75. Показания к кардиохирургическим вмешательствам при нарушении сердечного ритма.
76. Современные представления об этиологии и патогенезе ЮРА.
77. Основные клинические формы ЮРА.
78. Критерии диагностики ЮРА.
79. Дифференциальная диагностика ЮРА.
80. Современные подходы к лечению. Прогноз ЮРА.
81. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.

82. Дерматомиозит (ДМ). Классификация. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Значение специфических лабораторных исследований, электрофизиологических и морфологических методов диагностики. Лечение. Прогноз.
83. Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фибринообразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Понятие об отграниченной (очаговой) и системной склеродермии. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
84. Узелковый периартериит. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Значение специфических лабораторных исследований.
85. Аортоартерииты. Клинические проявления. Диагностические критерии.
86. Особенности клиники и течения диффузных заболеваний соединительной ткани в подростковом возрасте.
87. Процесс созревания клубочковой фильтрации у детей раннего возраста.
88. Особенности реабсорбции в канальцах различных веществ, клубочковая фильтрация, канальцевая секреция у детей раннего возраста.
89. Количество и состав мочи у детей различного возраста.
90. Патогенез макро и микрогематурии.
91. Нефритогенные штаммы гемолитического стрептококка.
92. Ведущие иммунопатологические механизмы при гломерулонефрите.
93. Экстраренальные и ренальные симптомы.
94. Лабораторная диагностика нарушения клубочковой фильтрации.
95. Дифференциальный диагноз с заболеваниями почек различной природы, протекающих с нефритическим синдромом (болезнь Берже, мембранознопролиферативный гломерулонефрит, волчаночный нефрит, поражение почек при системном васкулите, доброкачественные гематурии).
96. Тактика лечения, диспансерное наблюдение.
97. Патогенез протенурии, цилиндронии.
98. Протеинурия, характерная для нефротического синдрома.
99. Основные факторы формирования отеков, диагностика отеков. Электролитные изменения в олигурическую стадию.
100. Функциональные пробы нарушения клубочковой фильтрации.
101. Механизмы гипопроteinемии, гиперлипидемии, нарушение обмена микроэлементов.
102. Характеристика поражений ЦНС, ССС и других органов при нефротическом синдроме.
103. Базисная терапия нефротического синдрома.
104. Функциональная протеинурия.
105. Лейкоцитурия при гломерулонефритах.
106. Механизмы нарушения уродинамики, учение о рефлюксах.
107. Механизмы повреждения интерстициальной ткани почек.
108. Оценка пробы по Нечипоренко, Каковского-Аддиса, Зимницкому.
109. Посевы мочи с определением чувствительности выделенного микроба к антибиотикам. Определение степени бактериурии.
110. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита и пиелонефрита.

111. Тактика лечения детей с пиелонефритом.
112. Дисметаболические нефропатии.
113. Причины гиперкальциемии.
114. Лабораторная диагностика гиперкальциемии. Оксалатная нефропатия.
115. Уратная нефропатия.
116. Дифференциальный диагноз обменных нефропатий.
117. Тактика ведения и лечения больных с обменными нефропатиями.
118. Критерии диагностики острого повреждения почек.
119. Острое повреждение почек по AKIN.
120. Острое повреждение почек (ОПП) – понятие RIFLE.
121. Критерии диагностики степени тяжести по RIFLE.
122. Критерии диагностики исходов ОПП по RIFLE.
123. Показания к острому гемодиализу.
124. Противопоказания к острому гемодиализу.
125. Определение понятия хроническая болезнь почек (ХБП).
126. Критерии оценки стадии ХБП у детей.
127. Костно-минеральные нарушения при ХБП у детей, критерии диагностики, терапия.
128. Анемия при ХБП у детей, критерии диагностики, терапия.
129. Заместительная почечная терапия (ЗПТ) при ХБП V у детей.

Приложение №5

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО.

1.Каждый студент получает для курации одного больного, причем для этого подбираются в первую очередь больные с заболеваниями согласно тематике занятия.

2.Куратор проводит опрос и осмотр больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, предлагает схему лечения.

Схема курации:

1. Фамилия, имя, отчество, возраст. Время госпитализации.
2. Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию,
- 3.45.послужившему прич Анамнез заболевания. Начало заболевания, тпричины, с которыми больной связывает свое заболевание, причины госпитализации.иной госпитализации, затем чение процесса, лечение в прошлом, - другие жалобы.
- 6.Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в прошлом. Семейный анамнез. У девочек – 7.подростков гинекологический анамнез.
8. Объективные данные. Конституция. Характеристика общего состояния пациента.
9. Посистемное обследование. Определение клинических симптомов.
10. Анализ лабораторных исследований и дополнительных видов инструментального исследования.
11. Проведение дифференциального диагноза.
12. Определение клинического диагноза.
13. Определение тактики лечения.

Приложение №6

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

Дифдиагностика заболеваний раннего возраста:

1. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом мальабсорбции.
2. Муковисцидоз: современные взгляды на этиологию, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, Лечение, реабилитация.
3. Рахитоподобные тубулопатии: этиология, патогенез, Клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с рахитоподобными деформациями скелета.
5. Гипертермический синдром: этиология, патогенез, клиника. Современная тактика купирования лихорадки у детей.
6. Судорожный синдром у детей раннего возраста: этиология, патогенез, клиника, терапия.

7. Дифференциальная диагностика судорожных состояний у детей раннего возраста.
8. Наследственные нарушения обмена углеводов: этиология, патогенез, клиника, принципы терапии.
9. Наследственные нарушения обмена аминокислот и липидов: этиология, патогенез, клиника, принципы терапии.
10. Пирогенная и непирогенная лихорадка у детей. Современные жаропонижающие препараты.
11. Лактазная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация
12. Целиакия – классический пример синдрома мальабсорбции. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация
13. Современные антибактериальные препараты в практике врача.

Дифдиагностика аллергических заболеваний у детей:

1. Формы респираторных аллергозов. Лечебная тактика. Прогноз.
2. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности в раннем возрасте.
3. Методы исследования функции внешнего дыхания. Особенности Определение, классификация и патогенез аллергических реакций.
4. Механизмы аллергического воспаления и его фармакологический контроль.
5. Поллиноз. Аллергический ринит. Дифференциальная диагностика (вазомоторный ринит, лекарственный ринит, эозинофильный неаллергический ринит, риносинуситы). Рациональная фармакотерапия с позиций доказательной медицины.
6. Аллергический ринит у детей. Элиминационные мероприятия при аллергических заболеваниях. Понятие о перекрестной аллергии.
7. Пищевая аллергия. Рациональная фармакотерапия.
8. Лекарственная аллергия. Лекарственные препараты как аллергены.
9. Аллергенспецифическая иммунотерапия с позиций доказательной медицины.
10. Аллергенспецифическая иммунотерапия. Осложнения и способы их коррекции. Тактика ведения пациентов.
11. Профилактика бронхиальной астмы. Астма-школы.
12. Клиника лекарственной аллергии. Поражения кожи и слизистых оболочек. Висцеральные поражения при лекарственной аллергии.
13. Аллергические осложнения вакцинации и их профилактика.
14. Патогенез В-зависимых Ig G-глобулиновых реакций. Сывороточная болезнь. Тактика ведения пациентов.
15. Клиника бронхиальной астмы и дифференциальная диагностика с другими бронхообструктивными состояниями.

Приложение №7

ТЕМЫ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

Неонатология:

1. Энтероколиты у новорожденных. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение, лечение, осложнения.
2. Эмбриофетопатии. Роль наследственных и тератогенных факторов. Хромосомные aberrации.
3. Особенности билирубинового обмена плода и новорожденного. Значение картины крови и биохимических исследований сыворотки крови (уровень билирубина) для дифференциального диагноза желтух.
4. СДР: дифференциальный диагноз с массивной аспирацией, полисегментарными ателектазами, аномалиями развития легких, сердца, сосудов, диафрагмы.
5. Анемии вследствие кровопотери: интранатальной и постнатальной. Клиника, неотложная помощь, лечение.
6. Пренатальные повреждения нервной системы: хромосомные болезни, врожденные аномалии. Клиника. Пренатальная диагностика. Лечение. Прогноз.
7. Внутриутробные и постнатальные нейроинфекции. Клиника, диагностика, лечение.
8. Гиперпаратиреоз – врожденный, транзиторный: Клиника, диагностика, лечение.
9. Неинфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Клиника, течение, лечение, исходы.
10. Частная физиотерапия в неонатологии: при патологии кожи, органов дыхания, ЖКТ, центральной и периферической нервной системы инфекционного и неинфекционного происхождения.
11. Инфекционно – токсический шок при тяжелых заболеваниях у новорожденных.
12. Выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела.
13. Неотложная помощь при гемолитических синдромах.
14. Дифференциальный диагноз врожденной патологии надпочечников.
15. Патология пищевода у новорожденных: диагностика, тактика, прогноз.
16. Конъюгационные желтухи у новорожденных, особенности при врожденном гипотиреозе. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
17. Анемии вследствие нарушения эритропоэза – анемии недоношенных, гипопластические. Картина крови, клиника, диагностика, лечение.
18. Пренатальные повреждения нервной системы: наследственные нарушения метаболизма. Клиника. Пренатальная диагностика. Лечение. Прогноз.
19. Гипотиреоз – врожденный, транзиторный: причины, клиника, диагностика, лечение.

Диффдиагностика поражения почек у детей:

1. Первичные и вторичные тубулопатии (ПТА, фосфат-диабет, альдостеронизм).
2. Первичные и вторичные тубулопатии (альдостеронизм).
3. Волчаночный нефрит, клиника, диагностика, лечение.
4. Наследственный нефрит, принципы диспансерного наблюдения.
5. Метаболические поражения почек у детей (оксалурии, урикозурии, цистинурии, кальцийурии).

6. Интерстициальный нефрит у детей.
7. Нефрит при геморрагическом васкулите, клиника, диагностика, лечение.
8. Нейрогенный мочевой пузырь у детей.
9. Болезнь Берже: дифференциальный диагноз, лечение прогноз. 10.Амилоидоз: дифференциальный диагноз, лечение прогноз
- 11.Рефлюкс-нефропатии.

ЭКГ при различных патологических процессах ССС:

1. Особенности ЭКГ новорожденного ребенка
2. Особенности ЭКГ детей первого года жизни
3. Особенности ЭКГ детей дошкольного возраста
4. Особенности ЭКГ детей школьного возраста
5. Особенности ЭКГ при нарушениях ритма
6. Особенности ЭКГ при нарушениях проводимости
7. Особенности ЭКГ при нарушениях возбудимости
8. Особенности ЭКГ при гипертрофии отделов сердца
9. Особенности ЭКГ при обменных нарушениях
10. Особенности ЭКГ при пароксизмальных нарушениях ритма

ЭКГ

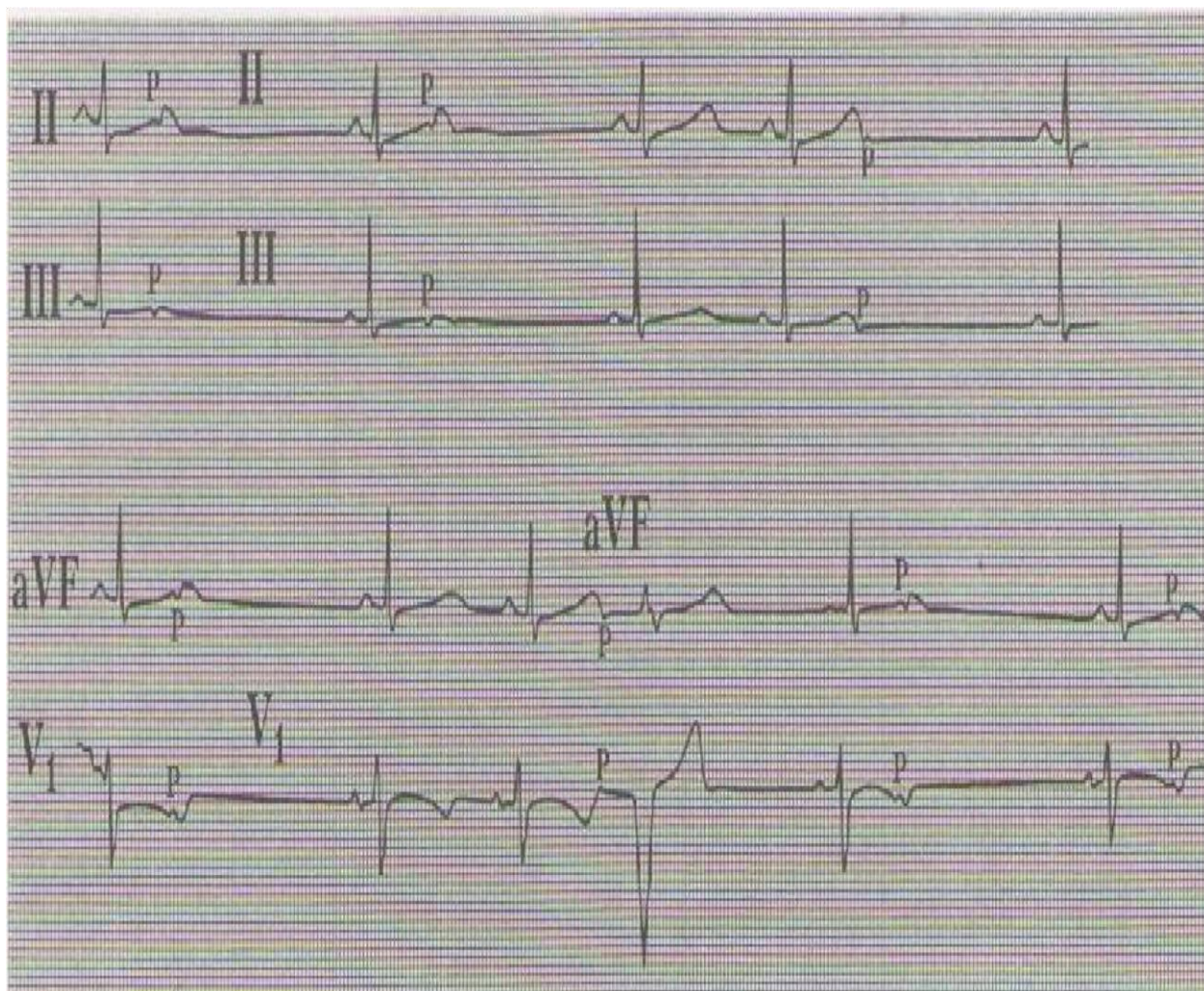


Рис. 1. ЭКГ больного 9 лет.

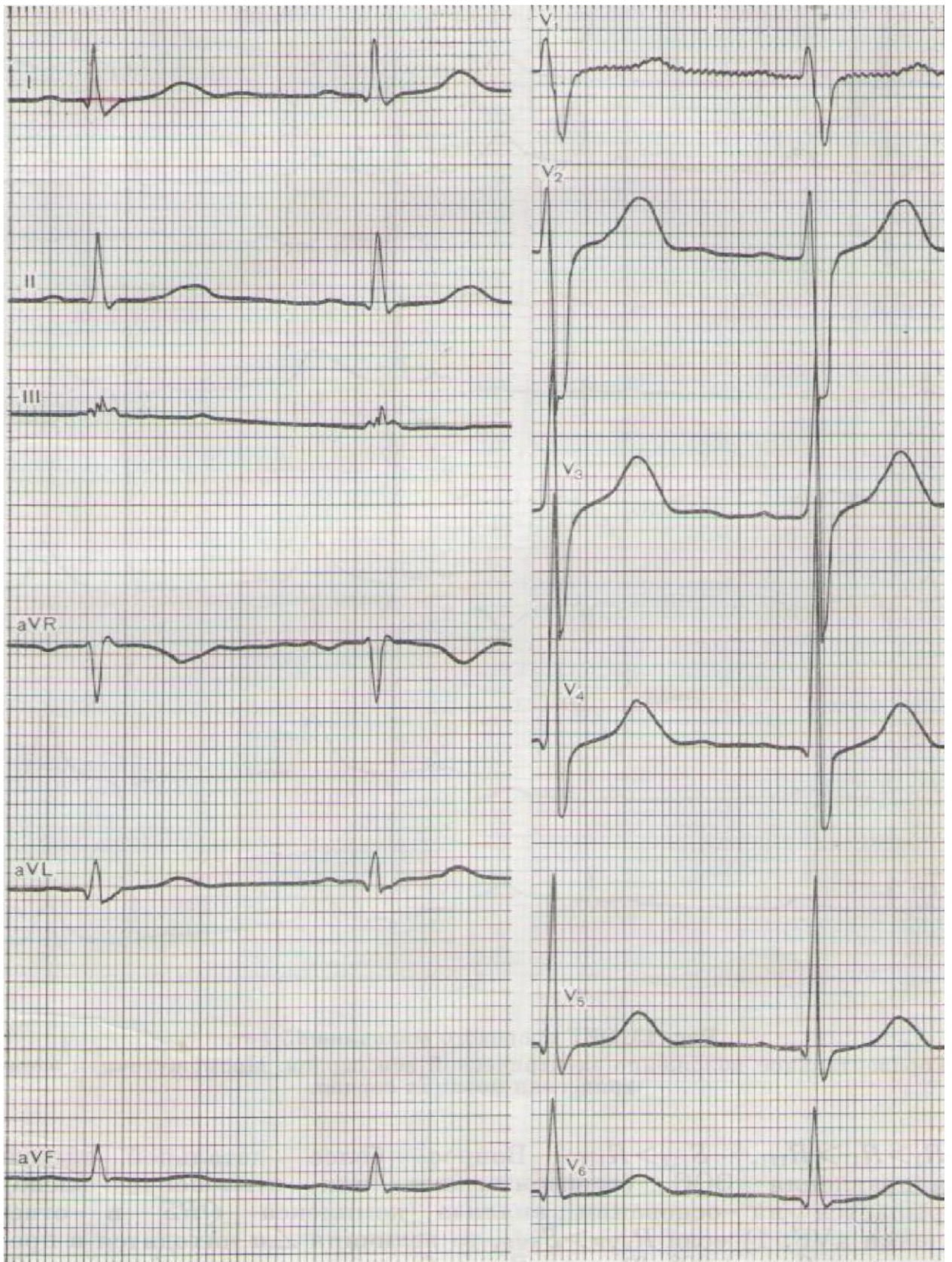


Рис. 3 ЭКГ ребенка 12 лет.

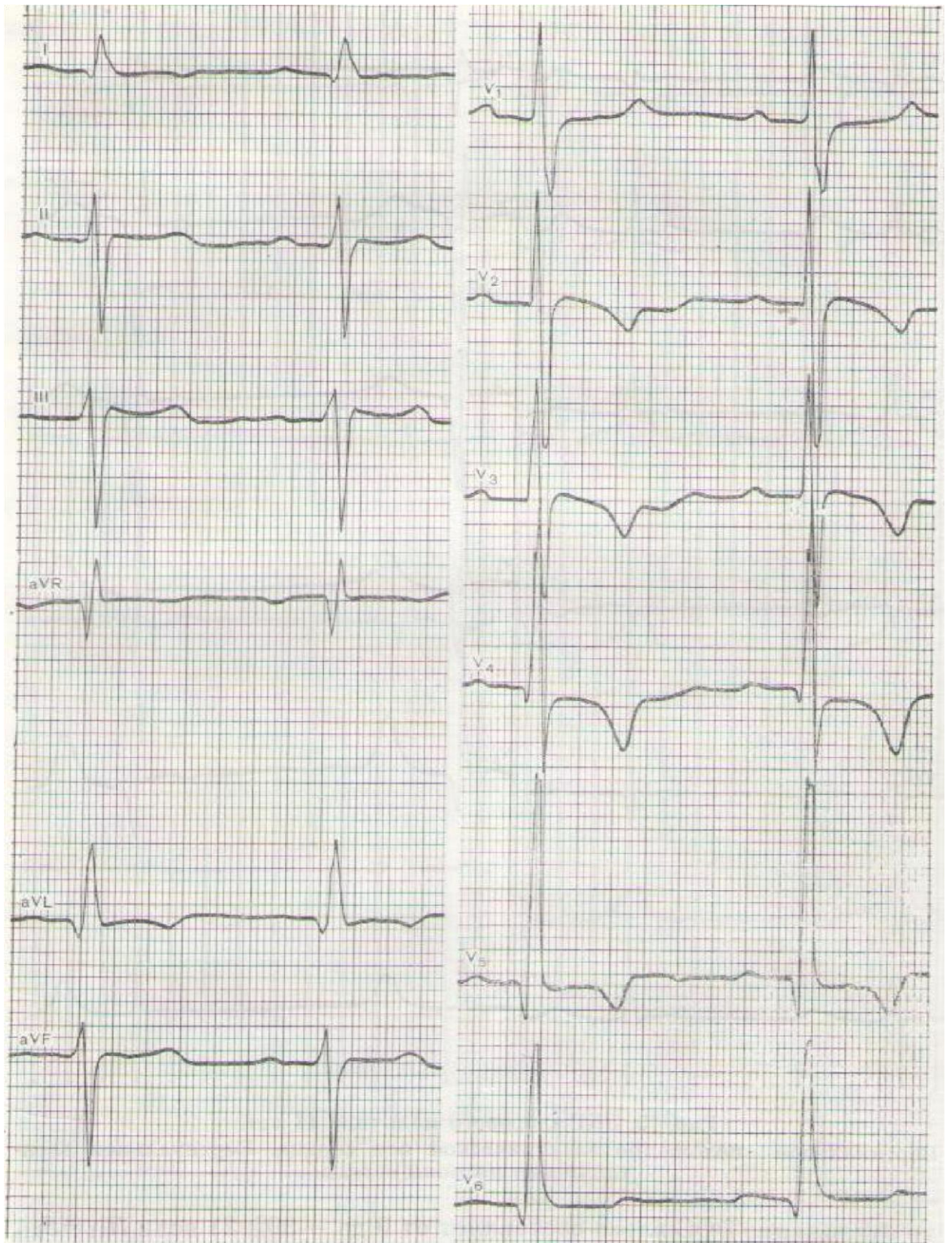


Рис. 5. ЭКГ больного 11 лет.

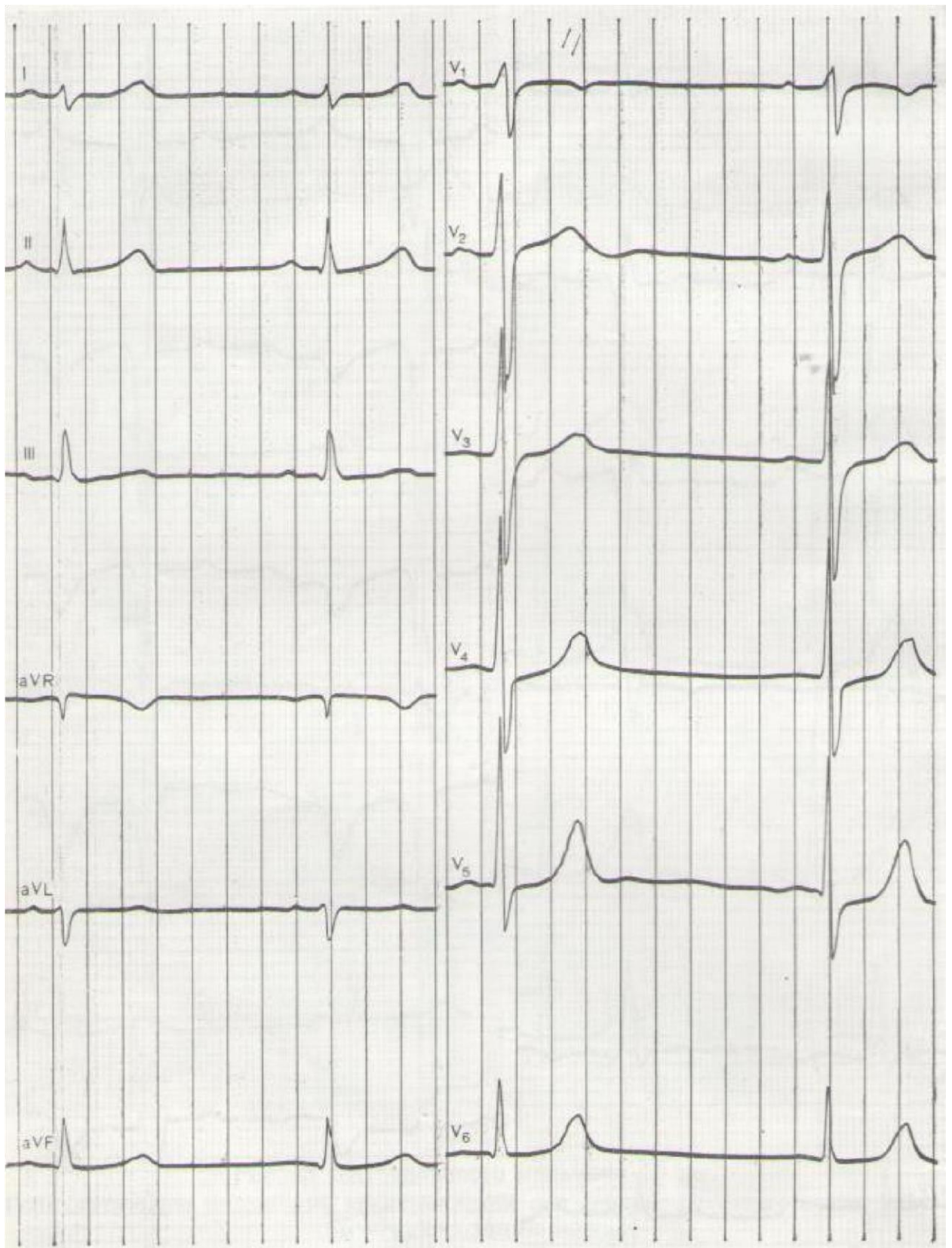


Рис. 6. ЭКГ ребенка 11 лет.

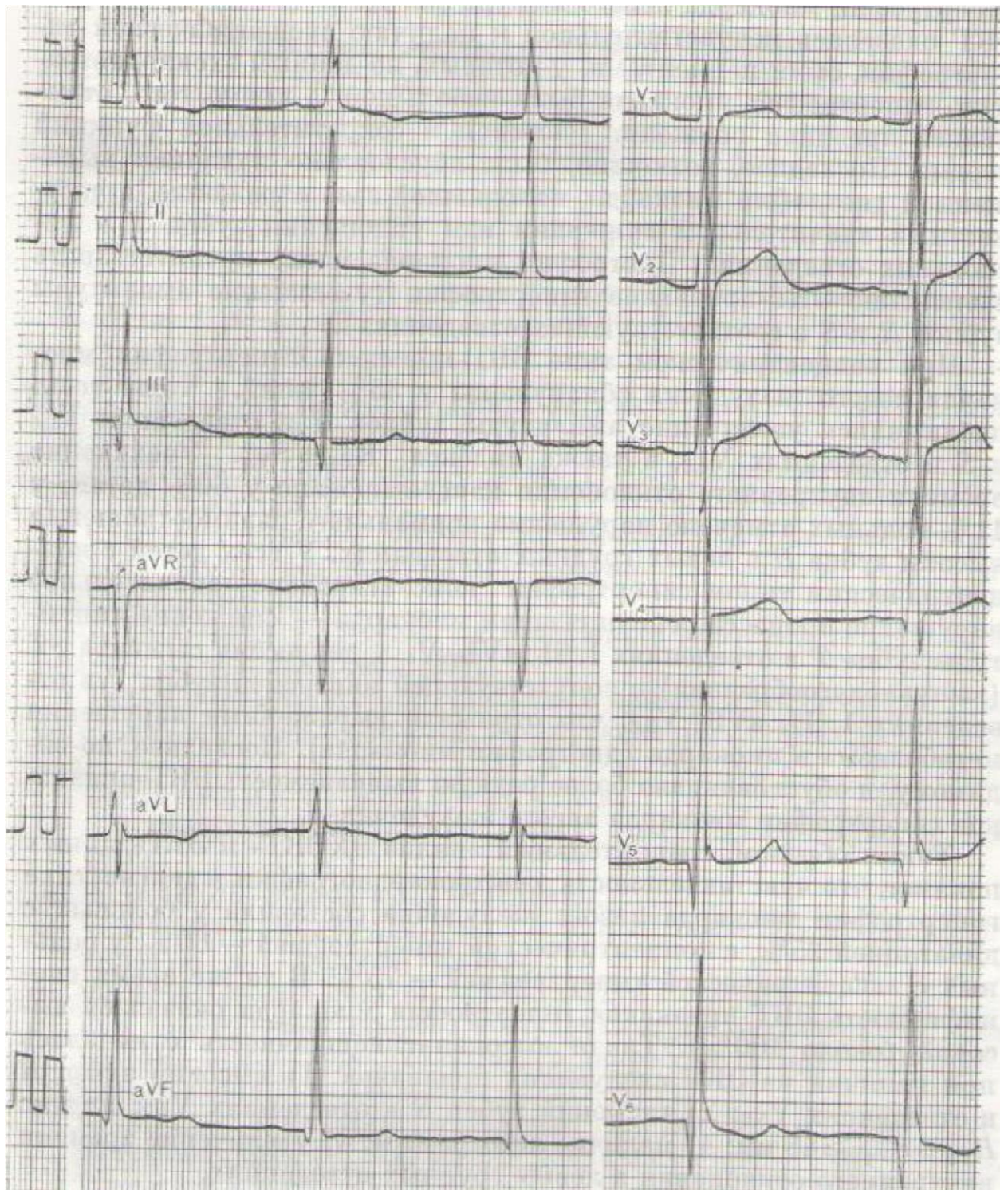


Рис. 24. ЭКГ больного 9 лет.

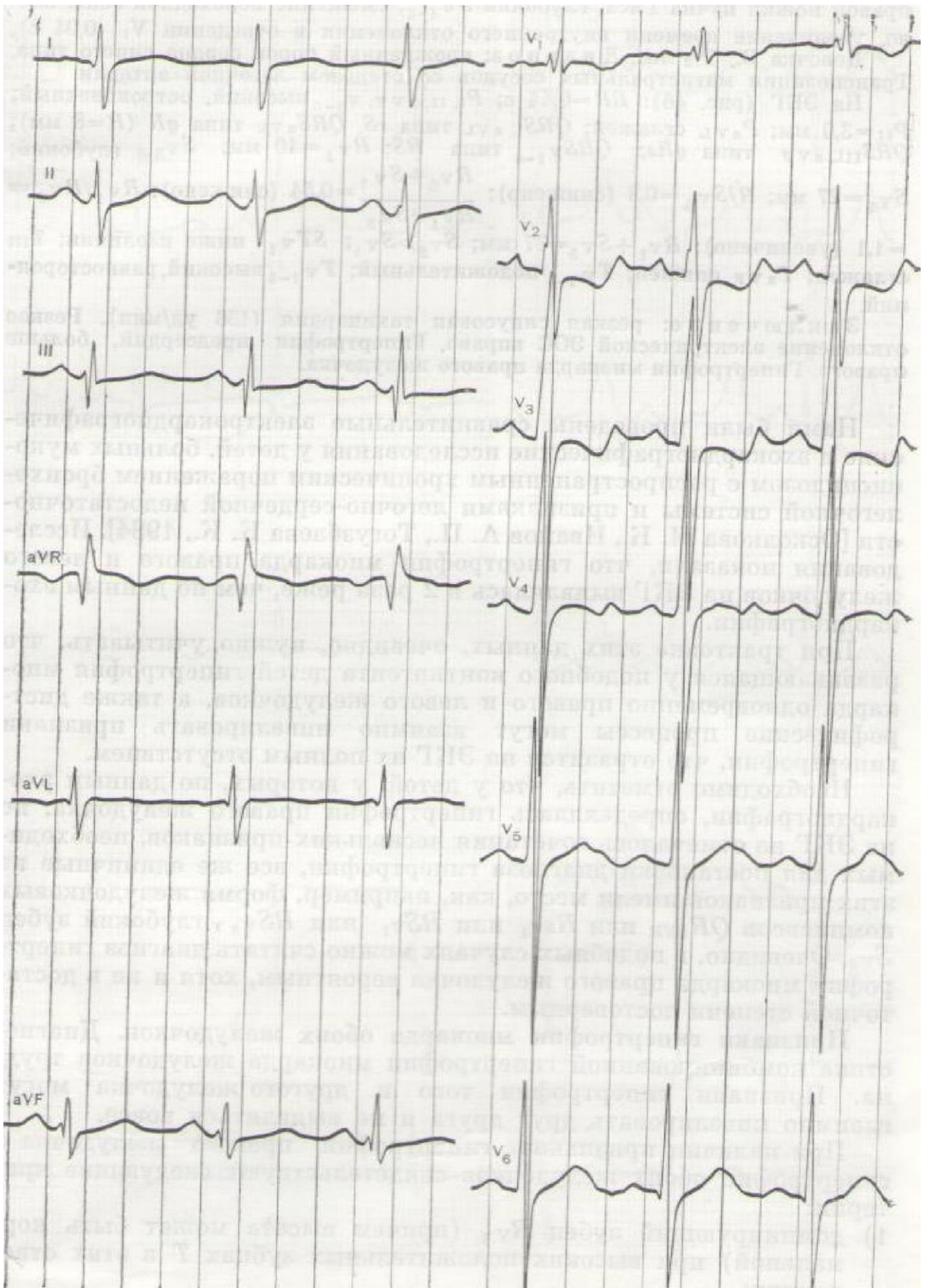


Рис. 25. ЭКГ больного 8 лет.

Приложение №9

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество больного
2. Возраст
3. Домашний адрес
4. Дата поступления в клинику
5. Диагноз направившего учреждения б.Окончательный клинический диагноз:
-основного заболевания (по классификации)

-осложнений основного заболевания -

сопутствующих заболеваний.

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В данном разделе описываются все жалобы, предъявляемые больным на момент поступления в стационар и на момент курации. Особое значение уделить детализации жалоб.

3. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе истории болезни описываются жалобы больного ребенка и родителей, а также течение заболевания от его начала. Следует иметь в виду, что время нахождения больного в стационаре и динамика течения болезни до дня курации также относится к истории заболевания. Важно подробно остановиться на предрасполагающих и причинных факторах заболевания.

Необходимо отметить время появления и выраженность каждого симптома заболевания, изменение характера и интенсивности отдельных симптомов.

Лечение ребенка до поступления в стационар и его эффективность (указать основные лекарственные препараты, применявшиеся для лечения данного заболевания).

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

От какой беременности родился данный ребенок, чем закончились предыдущие беременности. Как протекала беременность в данном случае. Если мать болела во время беременности, то чем и как тяжело; какую она выполняла работу на производстве, за сколько времени до родов ушла в отпуск; закончилась ли беременность в срок или раньше срока; как протекали роды.

Особенного внимания заслуживает период новорожденности и грудной возраст. Для характеристики этих периодов важно: состояние ребенка при рождении, его

первоначальный вес и длина тела, закричал сразу или нет, когда был приложен к груди, как сосал. Не было ли родовой травмы или асфиксии. Когда отпал пуповинный остаток, состояние пупочной ранки после выписки из родильного дома. Когда был выписан из родильного дома, и в каком состоянии.

Большое влияние на развитие ребенка оказывает характер вскармливания, а потому этот вопрос требует самого подробного анализа: как ребенок вскармливался, начиная с

первых дней жизни: по часам или на свободном режиме; с ночным перерывом или без него; когда был введен прикорм или докорм; какой прикорм или докорм получал ребенок; когда отняли ребенка от груди; какова была диета после года. С какого возраста и в каком количестве вводились дополнительные факторы питания (соки, фруктовое пюре, желток, растительное и сливочное масло).

Необходимо подробно расспросить о физическом и нервно-психическом развитии ребенка.

Динамика веса и роста. Время прорезывания зубов. Развитие статических и динамических функций (когда начал держать головку, сидеть, ползать, стоять, ходить и т.д.). Развитие высшей нервной деятельности: первая улыбка, гуление, слова. Общее поведение ребенка: спокойный, уравновешенный, обидчивый, замкнутый, раздражительный, реакция на новое, отношение к другим детям, взрослым; как засыпает, как учится.

На возникновение и течение болезни оказывают влияние бытовые условия (квартира, комната: сухая, светлая, сырая, темная, населенность, проветривание). Необходимо всегда интересоваться, где спит ребенок (в отдельной кроватке, коляске), как часто его купают, как пользуется воздухом (прогулки).

Состояние здоровья родителей, братьев, сестер (наличие хронических инфекций и интоксикаций у родителей, туберкулез, сифилис, болезни обмена веществ, эндокринные расстройства, алкоголизм и др.).

Эпидемиологический анамнез. Следует выяснить, посещает ли ребенок ясли, детский сад, школу и не имел ли он контакт с каким-либо инфекционным заболеванием. Не состоял ли он на специальном диспансерном учете по поводу туберкулеза или других каких-либо заболеваний.

Сделанные прививки: прививка БЦЖ, прививки против полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори. Туберкулиновые пробы и реакция на них.

Необходимо выяснить, какие болезни перенес ребенок, и как они у него протекали. Врач должен особое внимание обратить на перенесенные инфекционные заболевания.

Существенное значение имеет подробно собранный аллергологический анамнез. Следует подробно расспросить о появлении экссудативного диатеза, выяснить, чем он провоцировался и какой терапии (диете, медикаментозному лечению) лучше поддавался. Не было ли аллергической реакции в виде крапивницы на медикаментозные средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины и др.) или пищевые продукты. Собрать аллергологический анамнез у родителей ребенка (аллергические заболевания, аллергические реакции на пищевые, лекарственные и другие факторы).

5. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

1. Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, атональное. Положение больного: активное, вынужденное, пассивное. Поведение больного:

обычное, возбуждение - речевое, двигательное, психомоторное.

Сознание: ясное, сопор, кома. Выражение лица: тоскливое, возбужденное, безразличное.

Масса, длина (рост) тела, окружность головы и груди. Оценка физического развития ребенка по эмпирическим формулам и с помощью центильных таблиц.

Кожа: цвет, эластичность, сухость, влажность, тургор, сыпи, пигментация и депигментация, кровоизлияния и т.д. Слизистые оболочки, зев, состояние миндалин и зубов.

2. Телосложение (тип), подкожно-жировая клетчатка: развитие подкожно-жирового слоя, равномерность распределения подкожно-жировой клетчатки, пастозность, отеки, их локализация, степень плотности.

3. Лимфатические узлы, доступные пальпации; величина, форма, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность с кожей и окружающими тканями, указать группы пальпируемых лимфатических узлов.

4. Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях.

5. Костно-суставная система - форма головы, состояние швов, родничков, деформация костей, периоститы, болезненность при надавливании на кости. Конфигурация суставов, движения активные и пассивные (в полном объеме, ограничены), болезненность при активных и пассивных движениях, отечность, флюктуация.

6. Органы дыхания. Форма грудной клетки, деформации, асимметрии, искривления грудной части позвоночника, положение ключиц и лопаток, эпигастральный угол. Гаррисонова борозда, четки.

Дыхание: носовое, ротовое. Частота, глубина, ритм дыхания, участие в акте дыхания обеих полови грудной клетки, одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Цианоз и его локализация. Кашель, его характер.

Перкуссия: сравнительная - изменение перкуторного звука, локализация, топографическая - границы легких, подвижность легочных краев.

Аускультация: характер дыхания (пуэрильное, везикулярное, бронхиальное т.д.), хрипы сухие (свистящие, жужжащие), влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые), звучные, незвучные, крепитация звучная,

Незвучная, крепитация на высоте вдоха после покашливания; шум трения плевры - нежный, его локализация; бронхофония.

7. Система кровообращения: осмотр сердечной области (выпячивание); пульсация - сердечный и верхушечный толчок.

Пальпация: сердечный и верхушечный толчок, локализация, ширина, сила верхушечного толчка, «кошачье мурлыканье».

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

Аускультация: ритм, ясность, звучность или глухость сердечных тонов, акценты, раздвоения, шумы, их

характер (продолжительность, тембр, интенсивность), отношение к фазам сердечной деятельности (систолические, диастолические); локализация; наибольшая интенсивность, проводимость, изменчивость; шум трения перикарда, его характер и локализация.

Пальпация сосудов шеи, височных артерий и др. Пульс лучевой артерии: частота, ритмичность (аритмия), величина (высокий, малый, нитевидный), напряжение (твердый, мягкий, среднего напряжения). Артериальное давление.

8. Система пищеварения и органы брюшной полости.

Губы: цвет, влажность, трещины. Рот: запах, цвет слизистых, язвочки, энантема.

Язык: цвет, влажность или сухость, рисунок, налет. Зубы (число, состояние).

Состояние миндалин и дужек; налеты.

Живот: форма, симметрия, вздутие, выпячивание, западение, расширение вен стенки живота в акте дыхания, рубцы, перистальтика.

Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук, болезненность, ее локализация, напряжение стенки живота, флюктуация (при наличии свободной жидкости в брюшной полости). Пальпация поверхностная, ориентировочная: степень напряжения брюшной стенки, местное напряжение (мышечная защита), болезненность, ее локализация, уплотнения.

Пальпация глубокая скользящая: желудок, отделы кишечника, лимфатические узлы, Симптомы: Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова. Болевые точки: Кера, Мейо-Робсона, Дежардена, Боаса, Оппенховского. Аускультация живота: перистальтика. Стул и его характеристика.

Печень: границы печени, верхняя, нижняя. Пальпация - определение величины и положения, край (острый, закругленный, тупой, ровный, неровный, фесточатый), консистенция, поверхность (ровная, гладкая, бугристая), болезненность. Прощупывается местоположение желчного пузыря (болезненность).

Селезенка: видимое увеличение, величина, консистенция, характеристика края (острый, тупой), поверхность, болезненность.

9. Мочеполовые органы: мочеиспускание, частота, болезненность, недержание мочи. Осмотр наружных половых органов. Вторичные половые признаки. Симптом Пастернацкого. Пальпация глубокая, бимануальная. Увеличение, смещение почки, подвижность, болезненность.

10. Нервная система: сознание, характеристика поведения. Сон. Состояние черепно-мозговых нервов. Чувствительность: а) поверхностная (болевая, температурная, тактильная); б) глубокая (мышечно-суставное чувство).

Дермографизм. Сухожильные рефлексy. Патологические рефлексy. Менингеальные симптомы.

6. Предварительный диагноз: данные анамнеза (указать какие), данные объективного осмотра (указать какие) дают основание предположить у ребенка следующий диагноз (указать основной, сопутствующий, осложнения).

7. План дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

8. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Данные рентгенографии, УЗИ и других инструментальных методов исследования. Клинические анализы крови и мочи, кала. Биохимические анализы крови. Бактериологические анализы. Туберкулиновые и другие пробы. Дать оценку всем проведенным анализам. Заключение консультантов.

9. ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (по классификации) И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

После того, как закончено обследование больного, необходимо сгруппировать все полученные данные (анамнеза и объективного обследования) и дать обоснование диагноза.

10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исходить из синдромов, имеющих у больного и сравнивать их с характером синдромов при сходных заболеваниях.

Иногда имеющихся данных недостаточно для того, чтобы различить некоторые болезни, т.к. для этого требуется дополнительное динамическое наблюдение и исследование. В таких случаях в резюмирующей части дифференциального диагноза необходимо указать, какие исследования надо провести.

11. ДНЕВНИК.

Состояние ребенка в динамике (улучшается, стало хуже, без изменений), настроение, как провел ночь, какой аппетит. Результат осмотра зева, слизистых, кожи (записывается ежедневно). Состояние внутренних органов. Более подробно остановиться на системе, с которой связано данное заболевание, а также на изменениях, появившихся в других органах и системах. Стул (осматривается и записывается ежедневно).

12. ЛЕЧЕНИЕ

Обоснование терапии данного пациента:

а) режим

б) диетотерапия

в) медикаментозная терапия (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия)

10. ЭПИКРИЗ.

Эпикриз является завершающим разделом истории болезни. В нем приводятся основные данные истории заболевания, особенности его течения, динамика изменений за время наблюдения за больным в процессе лечения. Проведенное лечение, его эффективность. Заканчивая эпикриз, необходимо высказать свои соображения о состоянии больного к моменту выписки, наметить план дальнейших рекомендаций в отношении режима и лечения. Прогноз.

ПРИЛОЖЕНИЕ №10

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(рубежный, промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации имеющихся в задаче анализов и методов обследования	0-20
2	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-10
3	Правильность проведения дифференциальной диагностики с двумя заболеваниями	0-20
4	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-25
5	Правильность назначения и обоснование лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО –СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность выяснения основных и не основных жалоб	0-30
2	Правильность сбора анамнеза заболевания	0-35
3	Правильность сбора анамнеза жизни	0-35
Всего баллов		Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО –
ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность обследования дыхательной системы	0-20
2	Правильность обследования сердечно-сосудистой системы	0-20
3	Правильность обследования пищеварительной системы	0-20
4	Правильность обследования мочевыделительной системы	0-10
5	Правильность обследования кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатической системы	0-10
6	Правильность обследования нервной системы	0-10
7	Правильность оценки физического развития	0-10

Всего баллов	Сумма баллов
---------------------	-------------------------

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА, НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность прочтения результатов анализов	0-15
2	Правильность назначения дополнительных исследований	0-15
3	Правильность постановки предварительного клинического диагноза	0-20
4	Правильность проведения дифференциальной диагностики	0-25
5	Правильность назначения лечения	0-25
		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА

(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

(рубежный контроль)

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 процентов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
(рубежный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (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.	
6	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	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	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	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	

6 Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение

7 При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».

1	Работа написана не по теме	менее 40
---	----------------------------	----------

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАЩИТЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Доклад куратора о больном: общие сведения, жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, объективные данные при поступлении, динамика клинических данных (на день курации и разбора), особенности клинических данных	0-20%
2.	Предварительный диагноз.	0-5%
3.	План дополнительного обследования больного.	0-10%
4.	Обоснование диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) и расшифровка по принятым классификациям.	0-10%
5.	Дифференциальный диагноз основного заболевания.	0-10%
6.	Возможные осложнения.	0-5%
7.	Индивидуальные особенности этиологии, патогенеза (с объяснением отдельных синдромов), клинического течения заболевания у данного больного.	0-10%
8.	Основные звенья патогенетической терапии.	0-10%
	Особенности лечения данного больного (основного и сопутствующего заболевания, осложнений): а) этапное лечение (режим, диета, медикаментозные средства) б) посиндромная терапия в) объяснение механизма действия лекарственных средств г) расчетные дозы, курсы, интервалы, схемы	0-20%
Всего баллов		сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ – расшифровки ЭКГ

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Анализ сердечного ритма и проводимости: оценка регулярности сердечных сокращений; подсчёт ЧСС; определение источника возбуждения; оценка проводящей системы сердца.	0-15
2	Определение электрической оси сердца	0-10
3	Анализ предсердного зубца Р и интервала Р-Q	0-10
4	Анализ желудочкового комплекса QRS-T: анализ комплекса QRS; анализ сегмента RS-T; анализ зубца Т; анализ интервала Q-T.	0-25
5	Электрокардиографическое заключение. 1) источник ритма сердца; 2) регулярность ритма сердца; 3) ЧСС; 4) положение электрической оси сердца; 5) наличие четырех электрокардиографических синдромов: а) нарушений ритма сердца; б) нарушений проводимости; в) гипертрофии миокарда желудочков и предсердий; г) повреждений миокарда (ишемии, дистрофии).	0-40
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЗАДАНИЯ ПО ПЕДИАТРИИ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1	Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям и его обоснование	0-20
2	Правильность интерпретации имеющихся в задаче анализов и методов обследования	0-10
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-10
4	Правильность проведения дифференциальной диагностики с двумя заболеваниями	0-20
5	Правильность назначения и обоснование лечения	0-20
6	Правильность ответа на теоретический вопрос, имеющийся в задании	0-10
7	Правильность оценки прилагающихся к заданию анализов	0-10
Всего баллов		Сумма баллов

Приложение № 11

Технологическая карта дисциплины
 Специальность «Педиатрическое дело»
 Дисциплина «Госпитальная педиатрия»
 Курс 6, семестр 11, количество ЗЕ – 5, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
11 семестр					
Раздел 1					
1. Дифференциальная диагностика заболеваний раннего возраста	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	11	4
	Рубежный контроль	Тест, Защита реферата.	2	3	
Раздел 2					
2. Дифференциальная диагностика Бронхообструктивного синдрома	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	11	8
	Рубежный контроль	Ситуационная задача.	2	3	
Раздел 3					
3. Неонатология	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка			

		диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	11	12
	Рубежный контроль	Тест. Защита презентации.	2	3	
Раздел 4					
4. Дифференциальная диагностика функциональных и органических заболеваний пищеварительной системы детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	11	16
	Рубежный контроль	Защита истории болезни	2	3	
Раздел 5					
5. Иммунодефицитные состояния у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	11	18
	Рубежный контроль	Ситуационная задача.	2	3	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет: Клиническая ситуационная задача.			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Педиатрическое дело»
Дисциплина «Госпитальная педиатрия»
Курс 6, семестр 12, количество ЗЕ – 6, отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
12 семестр					
Раздел 6					
1. Дифференциальная диагностика аллергических заболеваний у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	4	8	25
	Рубежный контроль	Тест, Защита реферата.	2	3	
Раздел 7					
2. Дифференциальная диагностика синдрома в заболеваниях крови у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	4	9	28
	Рубежный контроль	Ситуационная задача.	2	3	
Раздел 8					

3. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических заболеваний ССС у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	4	9	31
	Рубежный контроль	Ситуационная задача	2	3	
Раздел 9					
3.ЭКГ при различных патологических процессах ССС	Текущий контроль	Фронтальный опрос. Защита презентации, посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	4	8	33
	Рубежный контроль	Расшифровка ЭКГ.	2	3	
Раздел 10					
5. Диффузные болезни соединительной ткани у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	9	36
	Рубежный контроль	Защита истории болезни.	2	3	
Раздел 11					
6. Дифференциальная диагностика поражения почек у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больного, (сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, постановка диагноза и назначение лечения), посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие, снимается 1 балл.	6	9	38

Рубежный контроль	Тест, Защита презентации.	2	3	
Всего за семестр		40	70	
Промежуточный контроль экзамен: Клиническая ситуационная задача.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:		60	100	

Примечание:

За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

В экзаменационные клинические ситуационные задачи включены темы двух семестров. За участие в НИРС и олимпиадах и конкурсах добавляется 3 балла, а за призовые места 5 баллов за семестр.