

Минобрнауки России
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина»
(ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина»)
Медицинский институт

УТВЕРЖДЕНА
в составе Основной профессиональной
образовательной программы высшего
образования

**ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ**

Направление подготовки:

31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы:

Педиатрия

Сыктывкар – 2024

1. Общие положения

Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации разработана в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) 31.08.19 Педиатрия (утв. приказом Минобрнауки России от 09.01.2023 № 9), и локальными актами университета.

Итоговая аттестация представляет собой форму оценки степени и уровня освоения обучающимися образовательной программы.

Итоговая (государственная итоговая) аттестация (далее – ГИА/ИА) проводится экзаменационными (государственными экзаменационными) комиссиями в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС ВО).

В соответствии с ОПОП ГИА/ИА проверяет уровень сформированности универсальных, общепрофессиональных, профессиональных компетенций.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО выпускник должен быть готов к решению задач (-и) профессиональной деятельности следующих (-его) типов (-а) в соответствии с ОПОП:

- медицинский;
- организационно-управленческий.

Формы проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации (далее вместе – итоговые (государственные) аттестационные испытания):

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

Общая трудоемкость итоговой (государственной итоговой) аттестации: 3 зачетных единиц.

2. Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации: итоговый (государственный) экзамен

2.1. Цель и задачи итогового (государственного) экзамена.

Цель итогового (государственного) экзамена:

- проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Задачи итогового (государственного) экзамена:

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - педиатр – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Трудоемкость итоговой (государственной итоговой) аттестации в форме итогового (государственного) экзамена: 3 зачетных единиц.

Формы проведения итогового (государственного) экзамена:

- устно

2.2. Перечень дисциплин (модулей), формирующих программу итогового (государственного) экзамена

В программу итогового (государственного) экзамена включены вопросы и/или задания по дисциплинам (модулям), результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников:

- Педиатрия
- Неврология
- Медицинская реабилитация
- Основы медико-социальной экспертизы
- Медицинская статистика
- Общественное здоровье и здравоохранения
- Педагогика
- Медицина чрезвычайных ситуаций
- Патологии
- Неотложная помощь

- Инфекционные болезни
- Онкология

2.3. Содержание итогового (государственного) экзамена

Содержание итогового (государственного) экзамена включает наименование разделов и/или тем соответствующих дисциплин (модулей), результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников, либо могут представлять собой комплексные темы междисциплинарного характера.

Наименование разделов и/или тем, выносимых на итоговый (государственный) экзамен:

Раздел 1. Неонатология

- 1.1 Организация медицинского обслуживания новорожденных детей.
- 1.2 Становление биоценоза в неонатальном периоде.
- 1.3 Билирубиновый обмен в неонатальном периоде.
- 1.4 Кислородный гомеостаз у новорожденных.
- 1.5 Поражения органов дыхания у новорожденных.
- 1.6 Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.
- 1.7 Бактериальные и грибковые инфекции у новорожденных детей.
- 1.8 Вирусные и паразитарные заболевания новорожденных.
- 1.9 Гемостаз в неонатальном периоде.
- 1.10 Анемии у новорожденных детей.
- 1.11 Заболевания и функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта в неонатальном периоде.
- 1.12 Недоношенные дети.
- 1.13 Поражения органов мочевой системы в период новорожденности.
- 1.14 Эндокринопатии у новорожденных.
- 1.15 Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.

Раздел 2. Патология детей раннего возраста

- 2.1 Аномалии конституции.
- 2.2 Диететика.
- 2.3 Физическое и нервно-психическое развитие детей.
- 2.4 Рахит, рахитоподобные заболевания.
- 2.5 Анемии.
- 2.6 Геморрагические диатезы.
- 2.7 Заболевания дыхательной системы.

- 2.8 Гнойно-воспалительные и атопические заболевания кожи.
- 2.9 Особенности водно-электролитного гомеостаза у детей раннего возраста.
- 2.10 Наследственные заболевания.
- 2.11 Заболевания желудочно-кишечного тракта.
- 2.12 Заболевания мочевыделительной системы.
- 2.13 Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Раздел 3. Патология детей старшего возраста

- 3.1 Заболевания сердечно-сосудистой системы.
- 3.2 Болезни органов дыхания, аллергология.
- 3.3 Эндокринная патология.
- 3.4 Заболевания мочевыделительной системы.
- 3.5 Заболевания пищеварительной системы
- 3.6 Болезни органов кроветворения, онкологические заболевания.
- 3.7 Диффузные заболевания соединительной ткани.
- 3.8 Паллиативная помощь детям.

Раздел 4. Основы превентивной педиатрии

- 4.1: Современные аспекты оценки состояния здоровья детей и подростков.
- 4.2: Оптимизация питания здоровых и больных детей раннего возраста.
- 4.3: Иммунопрофилактика в педиатрии.
- 4.4: Коррекция недостаточности витамина D у детей и подростков.

Раздел 5. Неотложная помощь в педиатрии

- 5.1: Неотложная помощь при острых нарушениях кровообращения.
- 5.2: Неотложная помощь при острых нарушениях дыхания.
- 5.3: Неотложная помощь при острых аллергических заболеваниях (состояниях).
- 5.4: Неотложная помощь при несчастных случаях.
- 5.5: Оказание неотложной помощи при острых отравлениях.

2.4 Учебная литература, ресурсы сети Интернет, программное обеспечение

- основная литература:

Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р. , Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html>

Бельмер, С. В. Госпитальная педиатрия : учебник / под ред. Бельмера С. В. , Ильенко Л. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1072 с. - ISBN 978-5-9704-6372-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463727.html>

Кильдиярова, Р. Р. Факультетская педиатрия. Шпаргалки / Р. Р. Кильдиярова, Т. И. Легонькова, О. Н. Штыкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-6777-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467770.html>

Исаков, Ю. Ф. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1040 с. : ил. - 1040 с. - ISBN 978-5-9704-7270-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472705.html>

Григорьев, К. И. Детские болезни. Т. 1. : учебник : в 2 т. / К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-7365-8, DOI: 10.33029/9704-7365-8-GDB1-2023-1-768. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473658.html>

Григорьев, К. И. Детские болезни в 2 т. Том 2. : учебник / К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 696 с. - ISBN 978-5-9704-7366-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473665.html>

- дополнительная литература:

Колбин, А. С. Клиническая фармакология для педиатров : учебное пособие / А. С. Колбин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5920-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459201.html>

Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / под ред. В. Ф. Учайкина, О. В. Шамшевой. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-7032-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470329.html>

Разин, М. П. Детская хирургия : учебник / М. П. Разин, С. В. Минаев, И. А. Турабов и др. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-5697-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456972.html>

Жданова, Л. А. Основы формирования здоровья детей / Л. А. Жданова [и др.]; под ред. Л. А. Ждановой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-7438-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474389.html>

- периодические издания и реферативные базы данных (при необходимости):

ИВИС : универсальные базы электронных периодических изданий : сайт / ООО «ИВИС». – URL: <https://dlib.eastview.com> . – Режим доступа: для авториз. пользователей.

- электронно-библиотечные системы:

– Консультант студента : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Политехресурс». – URL:<http://studmedlib.ru>. – Режим доступа: для авториз. пользователей.

- современные профессиональные базы данных:

<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>

<https://rucml.ru/>

<http://webmed.irkutsk.ru/>

- информационные справочные системы:

– Справочно-правовая информационная система Консультант Плюс
<http://www.consultant.ru/>

- лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение:

– операционная система MS Windows;

– офисный пакет;

– текстовые редакторы, программы для просмотра документов, графические редакторы, браузеры;

1С: Предприятие 8 (комплект для обучения), Advego Plagiat, Audit Expert 3 Tutorial, AuditXP , Electronics Workbench 5.12, eTXT Антиплагиат, Free Pascal 2.6, GanttProject 2.7.2, GIMP 2.8, Inkscape, MPLAB X IDE 2.20, Notepad++, Office 2010 Professional Plus, OpenProj 1.4, Oracle VM VirtualBox 4.1.4, paint.net, Project Expert 7 Tutorial, ProjectLibre 1.6.2, Quick Sales Demo 1.5, RAD Studio 2007 Professional, Sales Expert 2 Demo, SketchUp 8, SQL Server 2012 Express, Virtual PC 2007 SP1, Visual C# 2010 Express, VMware Player 7, Windows 7 Professional, БИЗНЕС-КУРС: Максимум , БЭСТ-Анализ, БЭСТ-ОФИС 3, Декларация, Документы ПУ 5, ИНЭК-Аналитик, Налогоплательщик 2012, Турбо9 Компакт, ЭкспрессАудит демо

Информация о лицензионном и свободно распространяемом программном обеспечении дисциплины (модуля) содержится в сведениях о материально-технических условиях реализации образовательной программы.

2.5. Фонд оценочных средств итоговой (государственной итоговой)

аттестации: итоговый (государственный) экзамен

2.5.1. Перечень компетенций и критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена.

В рамках проведения итогового (государственного) экзамена проверяется сформированность следующих компетенций:

Содержание и шифр компетенции	Планируемые результаты обучения		
	Знать	Уметь	Владеть
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Анализирует проблемную ситуацию с применением системного подхода и современного социально-научного знания, используя достоверные данные и надежные источники информации.	Разрабатывает и содержательно аргументирует возможные стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов с учетом параметров социокультурной среды.	Разрабатывает сценарий реализации оптимальной стратегии решения проблемной ситуации с учетом необходимых ресурсов, достижимых результатов, возможных рисков и последствий.
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Разрабатывает концепцию проекта в рамках конкретного проблемного поля с учетом возможных результатов и последствий реализации проекта в конкретной социокультурной среде, теоретически обосновывает концепцию.	Разрабатывает план реализации проекта с учетом возможных ресурсов, рисков, сценариев, других вариативных параметров, предлагает процедуры и механизмы мониторинга реализации и результатов проекта.	Осуществляет координацию и контроль в процессе реализации проекта, корректирует отклонения, вносит дополнительные изменения в план реализации в случае необходимости, определяет зоны ответственности членов команды.
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели, организует отбор участников команды.	Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений, распределяет функциональные обязанности, разрешает возможные конфликты и противоречия.	Координирует общую работу, организует обратную связь, контролирует результат, принимает управленческую ответственность.
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Создает различные типы письменных и устных текстов на русском и иностранном языке для профессионального взаимодействия.	Участвует в процессах профессиональной коммуникации на русском и иностранном языке, в том числе с применением современных коммуникативных технологий.	Представляет результаты исследовательской и проектной деятельности на различных публичных мероприятиях, участвует в профессиональных дискуссиях на иностранном языке.
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи	Определяет приоритеты собственной деятельности, оценивает собственные ресурсы (личностные временные и др.) и их пределы,	Определяет траекторию личного и профессионального саморазвития и инструменты целедостижения, в том	Выстраивает гибкую профессиональную траекторию с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности,

изменения карьерной траектории	целесообразно их использует с учетом параметров социокультурной среды.	числе образовательные (самообразование, повышения квалификации, переподготовка и др.)	изменяющихся требований рынка труда, стратегии личностного развития.
ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине.	оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей.	компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.
ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	основы организации и управления в сфере здравоохранения; теоретические и организационные основы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и его обеспечения; статистику состояния здоровья населения; организацию скорой, первичной медико-санитарной медицинской помощи; организацию амбулаторно-поликлинической помощи населению; основные медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи.	организовать работу медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению; организовать лечебно-диагностический процесс в медицинской организации; оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	методами планирования деятельности медицинских организаций; методами экономического анализа состояния медицинской организации; навыками оценивания качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность	педагогические приемы формирования у пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе с обучающимися в зависимости от конкретной педагогической ситуации, их индивидуальных и	навыками применения педагогических и психолого-педагогических знаний в профессиональной деятельности врача.

		возрастных особенностей.	
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	методики осмотра и обследования пациента с целью установления диагноза; методы клинической и параклинической диагностики; медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию современных методов лабораторного обследования пациентов.	проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	навыками проведения сбора жалоб, анамнеза жизни у пациента; проведения первичного осмотра и направления пациента на лабораторное и инструментальное обследования.
ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	современные методы применения и механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); методы и механизмы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.	составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.	навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения, организацией персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения, оказания паллиативной помощи.
ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	организацию и проведение реабилитационных мероприятий, механизм лечебно-реабилитационного воздействия лекарственных и немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению, правила проведения оценки способности пациента осуществлять трудовую деятельность.	разработать программы реабилитации и абилитации инвалидов с различной нозологией, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность.	навыками выбора и проведения схем реабилитации и абилитации инвалидов с различной нозологией, проведения оценки способности пациента осуществлять трудовую деятельность.
ОПК-7 Способен проводить в	порядок проведения медицинской	определять медицинские показания для	навыками работы во врачебной комиссии

отношении пациентов медицинскую экспертизу	экспертизы; медицинские показания для направления пациентов на медицинскую экспертизу.	направления пациентов на медицинскую экспертизу.	медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.
ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	основы здорового образа жизни; медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики заболевания; порядок диспансерного наблюдения за пациентом; принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов; формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни.	разрабатывать, рекомендовать и проводить профилактические и оздоровительные мероприятия; консультировать пациентов по вопросам навыков здорового образа жизни; проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни.	навыками пропаганды здорового образа жизни; навыками проведения профилактических мероприятий и контроля за их соблюдением.
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности; функциональные обязанности среднего и младшего медицинского персонала; правила оформления медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.	проводить анализ медико-статистической информации; вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	навыками составления плана работы и отчета о своей деятельности, анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения; контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	клинические проявления внезапных острых заболеваний, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни человека; клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации, правила выполнения наружной электроимпульсной терапии.	оценить тяжесть состояния больного, вызванного внезапными острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни человека; выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	техникой оказания медицинской помощи пациенту в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни человека.
ПК-1 Способен проводить обследование	Анатомо-физиологические и возрастно-половые	Оценивать состояние и самочувствие ребенка. Составлять план	Методикой сбора и оценки жалоб, всех видов анамнеза. Методикой

<p>пациентов с целью установления диагноза по профилю "педиатрия"</p>	<p>особенности, закономерности функционирования здорового организма ребенка в различные периоды детства и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем. Медицинские показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование. Методы лабораторных и инструментальных исследований, методику и алгоритм проведения диагностических манипуляций. Особенности этиологии, патогенеза, диагностики, клинического течения заболеваний (патологических состояний) и возможные варианты их исхода у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья. Методологию и алгоритм обоснования и постановки клинического диагноза с учетом МКБ. Медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам. Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи детям. Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи детям.</p>	<p>лабораторных и инструментальных обследований ребенка. Применять методы лабораторных и инструментальных обследований, используемые в педиатрической практике, соблюдать правила подготовки к ним. Интерпретировать и анализировать результаты, полученные при применении диагностических процедур. Формулировать предварительный диагноз. Направлять детей на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи. Проводить дифференциальную диагностику заболеваний. Формулировать диагноз в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза. Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.</p>	<p>физикального обследования ребенка по органам и системам, с оценкой тяжести состояния по заболеванию, самочувствию, физического, полового и психомоторного (нервно-психического у детей старшего возраста) развития. Навыками применения методов лабораторных и инструментальных обследований, проведения диагностических манипуляций, используемых в педиатрической практике. Навыками определения диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний у пациента по профилю «педиатрия». Навыками обоснования предварительного диагноза и составления плана обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия». Навыками составления плана дополнительного обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия». Навыками интерпретации и анализа физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, интерпретации заключений, полученных от врачей-специалистов. Навыками установления диагноза с учетом МКБ. Навыками проведения дифференциальной диагностики и</p>
---	--	---	--

			установления заключительного диагноза в соответствии с МКБ. Способами определения медицинских показаний направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.
ПК-2 Способен назначать лечение пациентам и контролировать его эффективность и безопасность по профилю "педиатрия"	Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «педиатрия», клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи в условиях стационара. Механизмы действия лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка; лечебные и побочные эффекты лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода. Методы лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в условиях стационара. Способы предотвращения или устранения побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при лечении пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в условиях стационара. Нормативно-правовую базу по оформлению рецептов на лекарственные препараты, продукты лечебного питания; правила выписывания	Разрабатывать и обосновывать план лечения детей с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, косметику и средства ухода (в поликлиническую) детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи в условиях стационара. Рассчитывать дозу лекарственного средства (в том числе иммунобиологических лекарственных средств) и продуктов питания, кратность и оптимальный способ введения, длительность приема с учетом возраста, веса	Навыками разработки плана лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины. Навыками организации режима дня и лечебно-охранительного режима пациента, находящегося на стационарном лечении. Навыками назначения лекарственных средств, медицинских изделий, лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода. Навыками назначения немедикаментозного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, курсовой прием минеральной воды, лечебное питание и пр.). Навыками оформления необходимой документации, рецептов для лекарственных средств, продуктов лечебного питания. Навыками оценки эффективности и безопасности применяемых у пациента лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода. Навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозного лечения.

	<p>рецептов. Правила асептики и антисептики. Методику оценки эффективности и безопасности применения медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей.</p>	<p>ребенка, характера, стадии и тяжести заболевания. Анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка. Назначать немедикаментозное лечение ребенку. Проводить простейшие лечебные манипуляции и обучить им родителей (или законных представителей) ребенка, младший медицинский персонал, осуществляющих уход за ребенком. Разъяснять пациенту, его законным представителям и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимость и правила приема медикаментозных средств, продуктов детского и лечебного питания и лечебной косметики, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии. Выписывать рецепты для лекарственных средств списка А, Б, продуктов лечебного питания, пациентов льготных категорий. Оказывать паллиативную медицинскую помощь детям в условиях стационара в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи. Анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка. Оценивать эффективность и</p>	
--	---	---	--

		<p>безопасность применения лекарственных препаратов (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания. Оценивать эффективность и безопасность применения медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей.</p>	
<p>ПК-3 Способен реализовывать и контролировать эффективность индивидуальных реабилитационных программ и программ по оказанию паллиативной медицинской помощи для пациентов по профилю "педиатрия"</p>	<p>Основы медицинской реабилитации, в том числе длительно и часто болеющего ребенка, ребенка с хроническими заболеваниями, в том числе ребенка-инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания. Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями. Механизм воздействия санаторно-курортного лечения, физических лечебных факторов на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями. Медицинские показания для направления ребенка с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий. Клинические рекомендации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p>	<p>Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации. Определять медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения. Направлять детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, длительно и часто болеющих детей к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов. Определять нарушения в состоянии здоровья детей, приводящих к ограничению их жизнедеятельности; направлять детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в службу ранней помощи. Направлять детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы. Устанавливать контакт с тяжело больным ребенком (и/или его</p>	<p>Навыками составления и реализации индивидуального плана реабилитационных мероприятий пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания. Навыками проведения мероприятий медицинской реабилитации. Навыками ведения пациентов с заболеваниями по профилю «педиатрия», находящихся в медицинской организации с круглосуточным пребыванием и нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Навыками участия в разработке и проведении комплексных мероприятий по улучшению качества жизни пациентов, требующих оказания паллиативной медицинской помощи. Навыками оформления отчетно-учетной документации, документов для направления пациента на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные</p>

	<p>детям и подросткам. Методы санаторно-курортного лечения. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка.</p>	<p>законным представителем), получающим паллиативную помощь. Разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей. Оформлять отчетно-учетную документацию о пациентах, получающих реабилитационные программы; документы для направления пациента на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные учреждения здравоохранения. Осуществлять контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.</p>	<p>учреждения здравоохранения. Навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.</p>
<p>ПК-4 Способен проводить профилактические мероприятия, в том числе санитарно-просветительную работу, среди детей и их родителей</p>	<p>Нормативные документы, регламентирующие вакцинопрофилактику в РФ, перечень прививок, реализуемых в рамках Национального календаря профилактических прививок РФ и сроки их введения, перечень и сроки введения прививок, реализуемых в рамках календаря по эпид. показаниям на территории РФ и в регионе работы педиатра. Методические рекомендации по</p>	<p>Организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры детей. Организовывать и контролировать проведение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. Проводить скрининг-тесты на выявление хронических, наследственных болезней. Устанавливать группу здоровья ребенка, проводить диспансерное наблюдение длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими</p>	<p>Навыками разработки и внедрения программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний. Способами контроля эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p>

	<p>выявлению, исследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации. Основные принципы профилактического наблюдения за ребенком с учетом возраста, состояния здоровья. Медицинские показания и противопоказания к проведению вакцинации, классификацию и клинические проявления возможных побочных проявлений после вакцинации и алгоритм оказания неотложной помощи при их возникновении. Порядок и правила проведения диспансеризации, диспансерного наблюдения длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья и детей-инвалидов. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком. Методы формирования у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, элементы здорового образа жизни.</p>	<p>заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья и детей-инвалидов. Оценивать эффективность профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп. Проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в случае возникновения очага инфекции. Проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми, детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза, назначать лечебно-оздоровительные мероприятия среди данных групп пациентов. Организовывать и проводить санитарно-просветительную работу среди детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком. Формировать у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, элементы здорового образа жизни.</p>	
<p>ПК-5 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала по профилю "педиатрия"</p>	<p>Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников и медицинских организаций педиатрического профиля. Должностные обязанности медицинской сестры участковой на педиатрическом участке, и методы контроля их выполнения. Правила оформления в медицинских</p>	<p>Организовать деятельность медицинской сестры участковой на педиатрическом участке. Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестры участковой на педиатрическом участке. Получать согласие родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных. Получать добровольное информированное</p>	<p>Навыком организации деятельности медицинской сестры участковой на педиатрическом участке, осуществления контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестры участковой на педиатрическом участке. Навыком получения согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных;</p>

	<p>организациях, оказывающих медицинскую помощь детям, медицинской документации, в том числе в электронном виде. Правила оформления и выдачи документов при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности. Правила получения согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных. Правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику.</p>	<p>согласие родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику. Оформлять документы при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности и оформлять соответствующую документацию.</p>	<p>информированного согласия на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику. Навыком оформления документов при направлении детей на госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу, на посещение образовательных организаций, при временной утрате трудоспособности. Проведения экспертизы временной нетрудоспособности и оформления соответствующей документации.</p>
<p>ПК-6 Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "педиатрия"</p>	<p>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия». Подготовка и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» на медико-</p>	<p>Определять необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю «педиатрия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия». Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.</p>	<p>навыками: Подготовки и оформления необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» на медико-социальную экспертизу.</p>

	социальную экспертизу.		
ПК-7 Способен оказывать пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме по профилю "педиатрия"	Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родителей, законных представителей). Методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы). Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)). Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме. Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.	навыками: Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)). Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме

2.5.2. Оценочные средства:

Перечень вопросов и/или заданий, выносимых на итоговый (государственный) экзамен:

1. Становление биоценоза в неонатальном периоде. Дисбактериоз. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
2. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
3. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
4. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных.
5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.

6. Менингиты у новорожденных детей.
7. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.
8. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных.
9. Внутритробные инфекции плода и новорожденного.
10. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.
11. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.
12. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.
13. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатикогипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клиника. Лечение, профилактика.
14. Диететика. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.
15. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.
16. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.
17. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.
18. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.
19. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.
20. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.
21. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
22. Респираторные аллергозы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний.

23. Атопические заболевания у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
24. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Аденогенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
25. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение, профилактика.
26. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.
27. Пилороспазм, пилоростеноз у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.
29. Гломерулонефрит у детей раннего возраста. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
30. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
31. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
32. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста.
33. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
34. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.
35. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз.
36. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
37. Артериальные гипотензии у детей и подростков. Клинические проявления. Лечение.
38. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

39. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

40. Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль и лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

41. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация.

42. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.

43. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

44. Опухоли сердца у детей. Аномалии коронарных артерий. Инфаркт миокарда у детей и подростков. Клиника, диагностика.

45. Первичная и вторичная легочная гипертензия у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Амилоидоз. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

46. Сердечная недостаточность у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Механизмы компенсации. Лечение. Профилактика.

47. Острая сосудистая недостаточность (обморок, шок, коллапс) у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

48. Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Бронхиолит. Хронический бронхит. Клиника, диагностика.

49. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.

50. Острые и хронические пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Особенности течения пневмонии в зависимости от формы, этиологии, тяжести и осложнений. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.

51. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции

52. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

53. Муковисцидоз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

54. Идиопатический легочный гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

55. Синдром Картагенера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

56. Синдром Гудпасчера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

57. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

58. Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.

59. Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

60. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Почечные дисплазии у детей.

61. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.

62. Гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика отдельных форм гломерулонефрита и с другими заболеваниями почек. Особенности течения у подростков. Принципы современного лечения. Показания и противопоказания к применению иммунодепрессивной терапии кортикостероидов, цитостатиков. Профилактика.

63. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение. Амилоидоз почек. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

64. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Показания к рентгенологическому обследованию. Лечение. Профилактика.

65. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения.

66. Наследственный нефрит. Интерстициальный нефрит. Патогенетические механизмы формирования нефритов. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

67. Острая и хроническая почечная недостаточность у детей и подростков. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Неотложная помощь. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек.

68. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочнокишечного тракта.

69. Гастроэзофагеальный рефлюк. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.

70. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

71. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

72. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.

73. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией

74. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.

75. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.

76. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.

77. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.

78. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.

79. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

80. Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитома, медуллобластома). Диагностика. Принципы лечения.

81. Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.

82. Остеосаркома, Рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Государственная итоговая аттестация

Перечень теоретических вопросов для подготовки к ГИА

1. Становление биоценоза в неонатальном периоде. Дисбактериоз. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
2. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
3. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
4. Респираторный дисстресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных.
5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.
6. Менингиты у новорожденных детей.
7. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.
8. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных.
9. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.
10. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.
11. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.
12. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.
13. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатикогипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клиника. Лечение, профилактика.
14. Диететика. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.
15. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.
16. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.
17. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.
18. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.

19. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.
20. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.
21. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
22. Респираторные аллергии у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний.
23. Атопические заболевания у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
24. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
25. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение, профилактика.
26. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.
27. Пилороспазм, пилоростеноз у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.
29. Гломерулонефрит у детей раннего возраста. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
30. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.
31. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
32. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста.
33. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
34. Кардиомиопатии. Миокардиодистрофии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.
35. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Предрасполагающие факторы. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз.

36. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
37. Артериальные гипотензии у детей и подростков. Клинические проявления. Лечение.
38. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
39. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
40. Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль и лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
41. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Клиника. Гемодинамика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения. Диспансеризация.
42. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.
43. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
44. Опухоли сердца у детей. Аномалии коронарных артерий. Инфаркт миокарда у детей и подростков. Клиника, диагностика.
45. Первичная и вторичная легочная гипертензия у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Амилоидоз. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
46. Сердечная недостаточность у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Механизмы компенсации. Лечение. Профилактика.
47. Острая сосудистая недостаточность (обморок, шок, коллапс) у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
48. Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Бронхиолит. Хронический бронхит. Клиника, диагностика.
49. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.

50. Острые и хронические пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Особенности течения пневмонии в зависимости от формы, этиологии, тяжести и осложнений. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.
51. Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции
52. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
53. Муковисцидоз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
54. Идиопатический легочный гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
55. Синдром Картагенера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
56. Синдром Гудпасчера. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
57. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.
58. Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Этиология, патогенез, методы специфической диагностики. Классификация. Клиника. Состояние функции внешнего дыхания. Астматический статус. Осложнения. Лечение. Неотложная терапия.
59. Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.
60. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Почечные дисплазии у детей.
61. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.
62. Гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика отдельных форм гломерулонефрита и с другими заболеваниями почек. Особенности течения у подростков. Принципы современного лечения. Показания и противопоказания к применению иммунодепрессивной терапии кортикостероидов, цитостатиков. Профилактика.
63. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение. Амилоидоз почек. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.

64. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Показания к рентгенологическому обследованию. Лечение. Профилактика.
65. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения.
66. Наследственный нефрит. Интерстициальный нефрит. Патогенетические механизмы формирования нефритов. Клиника, диагностика. Подходы к лечению.
67. Острая и хроническая почечная недостаточность у детей и подростков. Причины. Клиника. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Неотложная помощь. Уремическая кома. Показания к проведению гемодиализа. Проблемы трансплантации почек.
68. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочнокишечного тракта.
69. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.
70. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
71. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
72. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.
73. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией
74. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.
75. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.
76. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.
77. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.
78. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.
79. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

80. Опухоли головного мозга (эпендимомы, астроцитомы, медуллобластомы). Диагностика.

Принципы лечения.

81. Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.

82. Остеосаркома, Рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.

Примеры ситуационных задач для подготовки к экзамену

Ситуационная задача № 1

Девочка, Светлана Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом – без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях. Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уровне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ№13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

Дата НВ (г/л) Эр.(1012/л) Лейк. (109/л) С/я (%) лимф (%) мон. (%) ТВ (109/л) СОЭ мм/ч
10.09 120 4,2 9,0 29 60 8 194 5

Протеинограмма:

Дата Общий белок (г/л) Альбумины Глобулины □1 □2 □ □ 10.09 75 53 % 5,0 % 12 % 1 5 % 15 %

Биохимический анализ крови: Дата Мочевина Мочев. к-та Молочная к-та АЛТ АСТ ГГТ
Глюкоза Един. мМ/л мкМ/л мМ/л МЕ/л МЕ/л МЕ/л мМ/л Норма 2.5-6.4 210-420 1,0 – 1,7
5-40 5-42 5-35 3.3-5.5 10.09 3,9 141 2,8 137 224 127 2,9

Липидограмма:

Дата Холестерин Триглицериды ЛПВП ЛПОНП ЛПНП Един. ММ/л ММ/л ММ/л ММ/л
ММ/л Норма 2.5 – 6.2 0.1 – 2.2 0.7 – 2.3 До 1.0 1.55 – 3.63 10.09 9,2 3,00 0,4 1,36 2,24

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхогенность, сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены – 3-х фазный кровоток.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. Основные принципы лечения?

Ситуационная задача № 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом "кишечное кровотечение". Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,94, тромб-310,0x10⁹/л, Лейк - $5,9 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут. Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4").

Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс - 25

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
4. Оцените результаты представленных анализов
5. Назначьте лечение.

6. Лечебно- профилактические мероприятия, прогноз.

Ситуационная задача № 3

Ребенок 1 года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, обильный стул. Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяцев масса тела – 9кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками. Анамнез болезни: в 10,6 месяцев ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника.

Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр- 3,6*10¹² /л, тромб. - 216,0* 10⁹ /л, лейкоц.- 4,3* 10⁹ /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -58г/л, альбумины-40%, глобулины: α1- 5%, α2-10%, β-20%, γ-25%, мочевины-3,7 ммоль/л, билирубин-7,0 мкмоль/л, холестерин- 1,9 ммоль/л, калий-3,5 ммоль/л, фосфор-0,93 ммоль/л, глюкоза-4,7 ммоль/л, ЩФ-430 Ед/л (норма 50-400).

Пиелокарпиновая проба: Хлориды пота-39 мэкв/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощённых складок в виде налёта «манной крупы».

Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощёнными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия. Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
4. Назначьте диету ребенку. Как долго он должен находиться на специальной диете?
5. Показано ли назначение глюкокортикоидных гормонов?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 4

Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался нерегулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр – $3.5 \cdot 10^{12}/л$, Лейк – $7.0 \cdot 10^9/л$, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?
4. Лечебная тактика.
5. Особенности диспансерного наблюдения?
6. Прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 5

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула. Анамнез жизни: ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее – искусственное, адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр. Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс 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 отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет.

ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*10¹²/л, лейкоц.-7,6*10⁹/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ – 2мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок нет, эпителий единичный, лейкоц.- 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат.

Анализ кала на плазменные белки: +++

Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины– 28%, глобулины: α1-6,5%, α2-35,5%, β -16%, γ -14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

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

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отёчная, 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. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Ситуационная задача № 6

Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток – появилась желтуха, которая

сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодья до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес. Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%, лейкоц. - $8,8 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный. Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевины - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л.

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

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
5. Лечебно профилактические мероприятия
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 7

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С. 2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отеки и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину. Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана. При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно-ключичной линии, положительный,

разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Нb-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %, α 1- глобулины – 4%, α 2-глобулины – 15%, β -глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевины – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л. Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы T в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6.

ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача № 8

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД -85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырьные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; НЬ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50% - 5%. анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - сол. - желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 13%, гамма - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая.

Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/з, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности. Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
6. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

Ситуационная задача к билету № 9

Мальчик П., 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 мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая 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, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая

сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, Тромб - $435 \times 10^9/л$, Лейк - $10,5 \times 10^9/л$, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед.

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 и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Прогноз и диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 10

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет 0 (I) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное окрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК. При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр - $3,1 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - $256 \times 10^9/л$; лейк. - $13,6 \times 10^9/л$; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий - 164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1 мкмоль/л; мочевины - 1,14 ммоль/л; К⁺ - 5,3 ммоль/л; Na⁺ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?

5. Какова врачебная тактика в данном случае?

6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

Ситуационная задача № 11

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспоридами, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску. При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38°C, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально – моча розового цвета.

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр-3,2 x 10¹²/л, тромб – 312 x 10⁹/л, лейкоц – 14 x 10⁹/л, п/я – 0%, с/я – 35%, э-4%, б-1%, лимф –55%, мон – 5%, СОЭ- 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет. Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом - натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 ммоль/л.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз

Ситуационная задача № 12

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка. При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастернальной и правой среднеключичной линиями, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Общий анализ крови: Нв - 168 г/л, эритроциты – 6,1 x 10¹² /л, тромбоциты - 186 × 10⁹/л, лейкоциты - 6,3 × 10⁹/л, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты - 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма - до 125).

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
5. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?
6. Тактика терапии, прогноз.

Ситуационная задача № 13.

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. обострение после очередной ОРВИ. При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, деформация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см внутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 202×10^9 /л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 44%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 47%, моноциты - 3%, СОЭ - 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06%, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α1 – 11%, α2 – 10%, β - 5%, γ - 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5).

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

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Составьте план лечения больного.
6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Ситуационная задача № 14

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи. Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц - боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии - признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут - 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика – купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула. Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по средне-ключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм. При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х 10¹²/л, тромб – 312, лейк – 5,8х10⁹/л, п/я – 4%, с/я – 58, э-4%, лимф –32, мон – 3%, СОЭ- 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β - 13%, γ - 19%; АЛТ – 37 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, ГГТ – 43,9 ед/л (норма 6–37).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дисконкомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлено развитие артрита?
4. Объясните изменения со стороны печени. В чем заключается их патогенез?
5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 15.

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи. Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протеинурии и эритроцитурии. Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких - хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено. Данные проведенного обследования:

Общий анализ крови: Нb – 132 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $7,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5–10 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500, эритроциты – 120000, цилиндры – 2000.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача № 16.

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным врачом была назначена «Но-шпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Акушерский анамнез не отягощен, раннее развитие по возрасту. При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в правом подреберье. Симптом Кера – слабоположительный. Ортнера, Мюсси – отрицательные. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк , - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ – 34 Ед/л, ЩФ - 165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, ЛПОНП – 0,5 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65x31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется эхопозитивное образование размером 11x4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.
5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?

6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 17.

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде. Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец – гастродуоденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери – сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца – ИБС, атеросклерозом, гипертоническая болезнью. Раннее развитие ребенка – без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением. При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилорoduоденальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси – отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ – 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий – 5,5 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ЛПОНП – 0,8 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75x32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещающиеся эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Лечебно-профилактические мероприятия
6. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 18.

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочеиспускания. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 38,0 С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится. При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный. Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - $1,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - $50 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,5 \times 10^9/л$, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок - 1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит, эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевины - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой - 33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий - 7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25 ЕД, АЛТ - 35 ЕД, ЛДГ 650 ЕД ($N < 279$).

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования показаны?
5. Какова тактика ведения пациентки?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 19.

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время. Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени. Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, кричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки. При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая – по парастернальной линии, верхняя - 3

межреберье, левая - по левой передней аксиллярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось.

Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?
3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 20.

Дима К., 9 лет, 2 месяца назад на фоне общего благополучия, через 1 час после ужина почувствовал острую боль в животе в области правого подреберья и пупка. Ребенок был доставлен в хирургическое отделение детской больницы. На основании данных, полученных при проведении общего осмотра, ультрасонографии, анализов крови и мочи, был поставлен диагноз «Калькулезный холецистит». Оперативно ребенку был удален желчный пузырь. При макроскопическом осмотре желчного пузыря в его полости обнаружен единичный конкремент размером 20x21мм. Раннее течение послеоперационного периода – без особенностей. Выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели после операции ребенок стал предъявлять жалобы на тошноту, чувство «тяжести» и тупую ноющую боль в эпигастриальной области и правом подреберье через 20-30 минут после еды. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, частично непереваренный. Раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез: Отец ребенка здоров, мать и бабушка были прооперированы по поводу желчнокаменной болезни в возрасте 35 лет. При осмотре: рост 140 см, масса 35 кг, кожа бледная, чистая, зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в эпигастрии, пилорoduodenальной зоне. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк , - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 25 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ - 95 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 180 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ЛПОНП – 0,9 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь не определяется, ложе

желчного пузыря чистое. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки утолщены. Поджелудочная железа: головка 22мм (норма 16), тело 16 мм (норма 15), хвост 21 мм (норма 16), эхогенность всех отделов снижена, структура неоднородная.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. В чём заключается патогенез нарушения пищеварения после удаления желчного пузыря?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите показания к оперативному и консервативному лечению
5. Какие группы препаратов должны быть назначены для лечения этого заболевания?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 21.

На приеме девочка О., 6 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала бисептол с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась плаксивость, повышенная утомляемость, размашистые некоординированные движения. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Клиническая симптоматика была расценена как проявления астенического синдрома, синдрома навязчивых движений, назначена метаболическая, седативная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожный покров бледно-розовый. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца: I тон приглушен, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область и не исчезает в ортостазе. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 217×10^9 /л, лейкоциты – $4,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, лимфоциты - 48%, моноциты - 2%, эозинофилы – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр. эритроциты отсутствуют.

Иммунологические показатели: АСЛЮ – 1:2500 (норма до 1:200).

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 уд. /мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз по современной классификации.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Назначьте лечение.
5. Что является показанием для назначения глюкокортикостероидной терапии?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 22.

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массоростовые прибавки достаточные. В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось «тяжелое дыхание». При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой передне-аксиллярной линии, правая — по правой парастернальной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $314 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты — 0-1 в п/зр. эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС 280 уд. /мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите основные патогенетические механизмы данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз

Ситуационная задача № 23.

Мальчик 12 лет госпитализируется впервые. В течение последних 2-х лет беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Амбулаторно неоднократно назначались антацидные препараты, витамины, проводилась коррекция диеты. Эффект от проводимой терапии был кратковременным. 3 месяца назад мальчик стал заниматься спортивной гимнастикой. Через месяц появилась изжога, отрыжка «кислым», боли за грудиной, возникающие после еды и ночью. Ранее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Инфекционными заболеваниями болеет редко. Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет — гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) — рак пищевода. При осмотре: положение активное. Кожные покровы чистые, розовые. Катаральные явления отсутствуют. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастральной области. Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: Hb – 126 г/л; эр.-4,4x10¹²/л; ц.п.-0,92; лейко –7,2x10⁹/л; п/я-3%; с/я –54%; э-3%; л-32%; м-8%; СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет – светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность–1023, рН –6,0, белок, глюкоза –abs, эпителий плоский –един. В п/зр., лейкоциты –1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 12%, γ-18%; АсАТ – 28 Ед/л; АлАТ – 30 Ед/л; ЩФ – 78 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сывороточное – 16 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая оболочка пищевода гиперемирована в н/3 по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,3 см, с беловатым налетом. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. В просвете желудка слизь, желчь. Привратник смыкается неполностью. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов умеренно гиперемирована, отечна.

Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В н/3 пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. Внутрижелудочная суточная рН-метрия: базальный уровень рН в теле желудка 1,2- 1,4 ед. (норма кислотность 1,6-2,0); в пищеводе – 7 ед. (норма min 4,1 ед, max 7 ед), в антральном отделе – 5 ед. (норма max 5 ед.) За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 ед.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Каков прогноз данного заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Ситуационная задача № 24.

Девочка 4-х лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на выраженный отек губ и лица, кашель, появление уртикарных элементов по всем кожным покровам, боли в животе. Накануне поступления в стационар девочка употребляла в пищу орехи и яблочный сок. Из анамнеза известно, что у ребенка в 3 года в апреле, мае наблюдался выраженный зуд глаз, частое чихание, появление обильного слизистого отделяемого из носа. В раннем возрасте отмечались явления атопического дерматита в виде пятнисто-папулезной зудящей сыпи на коже лица, рук, ног, животе. У отца ребенка явления сезонного риноконъюнктивита. При осмотре: отек мягких тканей лица. На коже уртикарии диаметром до 5-8см, отек конечностей. Беспокоит интенсивный кожный зуд. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был накануне без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено.

Клинический анализ крови: Нв- 121 г/л, эр-4,26 x 10¹²/л, лейкоц – 6,8 x 10⁹/л, п/я – 2%, с/я – 57%, э-13%, б-0%, лимф –20%, мон – 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Какие диетические рекомендации Вы дадите родителям ребенка?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 25

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой. Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел. В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/з. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, Лейк -13,9 x 10⁹/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1- глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л

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

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 26

В областную больницу поступил подросток 15 лет с жалобами на периодическое изменение цвета мочи (по описаниям напоминает цвет мясных помоев). Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсокозом в первом триместре, третьих срочных, физиологических родов. Вакцинирован по календарю. Респираторными заболеваниями болеет 3-4 раза в год. До поступления в стационар не обследовался, анализ мочи делался

последний раз в 7 лет, результат неизвестен. Из семейного анамнеза известно, что у матери с детства эритроцитурия с умеренной протеинурией, дед по линии матери умер в 30 лет от почечной недостаточности, страдали снижением слуха, вплоть до полной глухоты. Брат матери с 28 лет получает лечение гемодиализом. При осмотре подросток правильного телосложения. Рост и вес соответствуют 25 перцентили. Отвечает только на вопросы, заданные громко. Кожа бледная, сухая. Отеков нет. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст. мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча мутная, коричневатого оттенка. Стул не изменен.

Клинический анализ крови («Cito!») - эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 98 г/л, СОЭ – 5 мм/ч; Креатинин сыворотки крови («Cito!») 167 ммоль/л.

Анализ мочи; удельный вес 1,011, цвет красный, белок 1, 5 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования и обоснуйте необходимость проведения нефробиопсии.
4. Назначьте лечение и план диспансерного наблюдения за ребенком.
5. Определите прогноз течения заболевания у данного ребенка.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ситуационная задача № 27.

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев". Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсоплазмозом первой половины, срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие протекало без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. Наследственный анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $12,3 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99‰.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа-1 - глобулины - 3%, альфа-2-глобулины - 17%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 17,2 ммоль/л, креатинин - 187 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 100), фосфор – 21 ммоль/сут (норма - до 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут

(норма - 2,5-15), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования.
4. Есть ли показания к консультации отоларинголога?
5. Назначьте необходимое лечение.
6. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача № 28.

Миша 3 лет посещает детский сад, где диагностировано несколько случаев ветряной оспы в соседней группе. Раннее развитие без особенностей, рос и развивался соответственно возрасту. Перенес краснуху, скарлатину, частые ОРВИ. Последний эпизод ОРВИ неделю назад, получал симптоматическую терапию, выписан в детский сад. Заболел остро, температура тела 39,00С. Жалобы на болезненность в полости рта, одновременно на коже верхнего века правого глаза и верхней губы появились группирующиеся пузырьковые высыпания, на других участках тела сыпи нет. Врач неотложной помощи поставил диагноз ветряная оспа, тяжелая форма и госпитализировал ребенка.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснована ли госпитализация?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные тесты необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите необходимые противоэпидемические мероприятия в детском саду.
6. Каково дальнейшее течение данного заболевания?

Ситуационная задача № 29.

Мальчик Сергей Н., 12 лет госпитализируется впервые. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Находился на амбулаторном лечении с диагнозом «шейный лимфаденит», получал антибактериальную терапию. Лечение эффекта не дало. Анализы на токсоплазмоз и вирус Эпштейн-Барр – отрицательные. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,50С, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты. Мальчик резко похудел. При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее справа, общим размером 6,0×6,0см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 0,8×1,2см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. Дыхание через нос не затруднено. Перкуторный звук ясный, легочный, при аускультации в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно и пальпаторно не увеличены. Стул регулярный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 410×10^9 /л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 68%, эозинофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 24%, СОЭ 47 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты - 1,8%, нейтрофильный росток - 67%, эритроидный росток - 25%, лимфоциты - 8%, эозинофилы - 5%, мегакариоциты 1 на 350 миелокариоцитов.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Пункция шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии и гистологического варианта заболевания?
4. Что включает в себя терапия данной патологии и от чего зависит ее объем?
5. Каков прогноз заболевания при данной стадии?

Ситуационная задача № 30.

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе. Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении-3200, длина-50 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм по возрасту. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса-10 кг, рост-75 см. Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились с 2-х недельного возраста. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния. Два дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул с кислым запахом до 10-12 раз в сутки, метеоризм, боли в животе. Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребёнка «не любят» молоко. При осмотре: ребёнок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зубы 6/8 белые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный и урчит при пальпации. Стул 2 р/сут. пенистый, с кислым запахом. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Hb-120 г/л, эр-4,2x10¹²/л, лейко-5,1x10⁹/л, п/я-2%, с/я- 33%, э- 3%, л-52%, м-10%, СОЭ- 3мм/час.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относит. плотность-1015, лейко-2-3 в поле зрения, эритроциты- нет.

Копрограмма: цвет жёлтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна единичные, жирные кислоты-незначительное кол-во, крахмал-много, йодофильная флора-немного.

Углеводы в кале: 0,8 г%.

Гликемические кривые после нагрузки: С Д-ксилозой: через 30 мин-1,5 ммоль/л, через 60 мин - 2, 5 ммоль/л, через 90 мин - 2,2 ммоль/л. С лактозой: натощак-4,3 ммоль/л, через 15 мин - 4,4 ммоль/л, через 30 мин- 4,6 ммоль/л, через 60 мин-4,8 ммоль/л, после нагрузки с лактозой появился жидкий стул. С сахарозой: натощак - 4,1ммоль/л, через 15 мин - 4,8 ммоль/л, через 30 мин - 5,6 ммоль/л, через 60 мин - 4,1 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Почему родственники ребенка «не любят» молоко? Дайте рекомендации по питанию ребенку.
5. Есть ли необходимость в назначении медикаментозной терапии?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 31.

Мальчик 5 лет заболел внезапно в детском саду. В 13 часов температура тела 40,0 С, сильная головная боль, рвота 3 раза. Врач неотложной помощи поставил диагноз «Грипп». После введения литической смеси состояние не улучшилось, в связи с чем ребенок был госпитализирован. Дома и в детском саду все здоровы. При поступлении состояние очень тяжелое. Ребенок бледен, в сознании, отмечалась повторная рвота. На коже бедер и внизу живота единичные элементы геморрагической сыпи. Кашля, насморка нет. Зев умеренно гиперемирован, без налетов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 140 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезенка не пальпируется. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон, красный дермографизм.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте необходимый план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду и дома?

Ситуационная задача № 32.

Девочка Маша К., 9 лет поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Из анамнеза известно, что в течение последних месяцев девочка часто болеет, быстро устает, аппетит снижен, снизилась успеваемость в школе. При поступлении состояние девочки тяжелое. Температура тела не повышена. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. По всему телу петехии и экхимозы. Отмечается незначительное кровотечение из носа, кровоточивость десен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Стул регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb - 64г/л, эритроциты $2,1 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты $1,7 \times 10^9/л$, сегментоядерные - 7%, палочкоядерные - 4%, лимфоциты - 86%, эозинофилы-1%, моноциты – 2%, СОЭ 28 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 8%, эритроидный росток 6%, мегакарициты не найдены.

Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1018, белок следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Какое исследование необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Назовите современные методы лечения данной патологии. На чем они основаны?
6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 33.

При повторном осмотре на дому мальчика К., 8 лет, больного ОРВИ, врач отметил усиление сухого кашля, появление признаков дыхательной недостаточности. В течение последних 2х лет ребенок страдает ОРВИ 1 раз в 2 месяца. Подобные симптомы отмечались ранее практически во время каждого эпизода ОРВИ. Из анамнеза известно, что мальчик от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200гр, длина 51см, на естественном вскармливании до 6-ти мес. Психомоторное развитие по возрасту. На 2-ом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Наследственность: у матери - пищевая аллергия; отец- здоров, курит; у бабушки по материнской линии- хроническое заболевание бронхолегочной системы.

При осмотре: Температура тела 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, затрудненный выдох с участием мышц плечевого пояса. Над легкими перкуторно определяется коробочный звук, аускультативно в легких сухие свистящие хрипы. ЧДД 32 в мин. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 108 ударов в минуту. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Дизурических явлений нет. Общий анализ крови: Нв 124 г/л, Эр — 4,3 x10¹²/л, Лейкоциты - 10,2x 10⁹/л, п/я -1%, с/я -30%, лимф. 56%, э -6%, м- 7%, СОЭ 20 мм/час. Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы. ФВД: ОФВ1 78%, ФЖЕЛ 75%, МEF 75% 68%, МEF 50% 58%, МEF 25% 50%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Есть ли показания к госпитализации ребенка в стационар?
4. Назначьте терапию больному.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Какими видами спорта можно заниматься данному ребенку?

Ситуационная задача № 34.

Сережа М., 3 года, от молодых родителей. Мать страдает крапивницей, сестра матери – бронхиальной астмой. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. Роды в срок, протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500г, длина 50см. Грудное вскармливание до 2-х месяцев, смешанное - до 3-х месяцев, далее - искусственное. В 6 месяцев на коже лица и рук появились множественные элементы стромбулезных высыпаний. С возраста 1 года после приема цельного молока, молочных продуктов и рыбы появился неоформленный стул с примесью слизи прожилков крови.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – 3.5x10¹²/л, Лейк – 7.0x10⁹/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 12%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12мм/ч Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе– 1:280 (N-1:30), к белку коровьего молока- 1:920 (N- 1:80)

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N - до 100 Ед/л) Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (+++++) к М-белку рыб, средняя (++++) – к бета-лактальбумину. Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз
3. Перечислите основные принципы подбора диеты.
4. Назовите специфическую терапию при данном заболевании.
5. Каковы особенности проведения профилактических прививок при данной патологии?
6. Определите прогноз при данном заболевании.

Ситуационная задача №35

Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, срочных родов. Раннее развитие протекало без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Девочку периодически беспокоят боли в животе, часто на фоне повышения температуры тела. Иногда отмечается болезненное мочеиспускание. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа бледная, чистая от сыпи. Температура тела 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 114 г/л, эритроц. – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $18,5 \times 10^9/л$, п/я – 10%, с/я – 70%, лимф. – 22%, мон. – 9%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06%, лейкоц. – сплошь все поля зрения, эритроц. – 0-1 в п/зрения, бактерии – много.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, больше слева. Подозрение на удвоение левой почки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза и назначения адекватной терапии.
4. С какой целью необходимо проведение цистогграфии?
5. В чем заключается лечение данного заболевания?
6. Длительность диспансерного наблюдения за ребенком в стадии ремиссии.

Ситуационная задача № 36.

Мальчик А., 6 мес. поступил в ДКБ № 1 12.11. с направляющим диагнозом: «ОРВИ, геморрагический синдром». Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5.11, когда на фоне лихорадки до 38°C появились жалобы на кашель насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: «Отит», назначил симптоматическую терапию, но повторно ребенка не консультировал. В ночь на 12.11. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь – элементы темно-багрового цвета. Бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в клинику. При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичен,

зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, кожа с сероватым оттенком, по всей ее поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие. АД – 40/0. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечение-профилактические мероприятия

Ситуационная задача № 37.

Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела. Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования. При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки – без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 332×10^9 /л, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Оцените представленные результаты обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Предположите этиологию данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

Ситуационная задача № 38.

Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк- $8,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я-4%, с/я-50%; э-1%, л-35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л. КОС: рН - 7,1; рО₂ - 92 мм рт.ст.; рСО₂ - 33,9 мм рт.ст.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 39.

Оля К., 1 год 8 месяцев. Родилась от 2-й физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов (старший брат, 4г., здоров). Масса тела при рождении 3800 г, рост 52 см. Во время беременности у матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. В периоде новорожденности у девочки наблюдалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост - 75 см, вес - 9,5 кг. Двигательная активность снижена, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не

выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 91 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,8 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 135,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Назовите основные принципы терапии.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 40

Ребенок К., 4 дня, от 1-й физиологично протекавшей беременности, срочных родов. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. При осмотре выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота. С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипореклексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $9,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 50%; э - 2%, л - 38%, м - 8%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л.

Гормональный профиль: 17-ОПГ - 10 нмоль/л (н- 1,3 - 6,9 нмоль/л); кортизол - 20 нмоль/л (н- 270 - 770 нмоль/л); АКТГ - 20 пмоль/л (н- 2-11 пмоль/л). Кариотип: 46 XX.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тип наследования данного заболевания. Какова вероятность рождения больного ребенка в этой семье?
4. В чём причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования.
6. Назовите препараты, используемые в качестве заместительной терапии при данном заболевании.

Ситуационная задача № 41

Девочка 12 лет, заболела остро после переохлаждения, когда появились боли в поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания.

Лихорадит до 40°C. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом в I половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие протекало без особенностей, профилактические прививки проведены по графику. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде сыпи. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит. При поступлении в стационар состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, повторная рвота. Кожа бледная, «синева» под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 28/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 92 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью, симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание болезненное, частое.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – 4,5x10¹²/л, лейкоц. – 23,8x10⁹/л, п/я – 10%, с – 70%, эоз. – 2%, л – 18%, м – 5%, СОЭ – 45 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1010, реакция щелочная, белок 0,09 ‰, лейкоц. – 100-150 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Посев мочи: получен рост кишечной палочки – 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к цефамизину, гентамицину, амикацину, ципрофлоксацину, амоксициллину, цефтриаксону, фурагину.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 42.

Мальчик В., 7 лет, поступил в стационар в связи с жалобами на лихорадку 38,5-39,8°C в течение последних двух недель, слабость, озноб, потливость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 1 месяца у ребенка по данным планового эхокардиографического исследования был выявлен врожденный порок сердца: двустворчатый клапан аорты с минимальной недостаточностью. Ребенок наблюдался кардиологом амбулаторно, регулярно проводилось ЭхоКГ (без отрицательной динамики в сравнении с предыдущими исследованиями), симптомов недостаточности кровообращения не было, медикаментозную терапию не получал. 4 недели назад мальчику проводилось лечение кариеса зубов у стоматолога, после чего появились вышеизложенные жалобы. Амбулаторно применение жаропонижающих препаратов приводило к кратковременному снижению температуры. При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов с «землистым» оттенком. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 34 в минуту. Аускультативно дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая – по левой передней аксиллярной линии, верхняя – II межреберье. Выслушивается интенсивный диастолический шум, максимум во II межреберье справа от грудины. ЧСС 116 уд/мин. АД на руках 115/30 мм рт. ст. Печень

выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Нв - 95 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $380 \times 109/л$, лейкоциты - $21,3 \times 109/л$, п/я - 7%, с/я - 64 %, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 3%, моноциты - 3%, СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1015, белок - следы, глюкоза отсутствует, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Обозначьте основные диагностические критерии заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

Ситуационная задача № 43.

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 3х месяцев появилась повышенная утомляемость, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что ребенок бледный, спустя 4 повысилась температура до $39,3^{\circ} C$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. Амбулаторно в клиническом анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 109/л$. С подозрением на хронический лейкоз мальчик госпитализирован в стационар. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные. 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.

Общий анализ крови: Нв - 86 г/л, Эр - $3.2 \times 10^{12}/л$, Тромб - единичные, Лейк - $208 \times 109/л$, 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. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
2. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?

6. Оцените прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 44

Мальчик, 4 года, направлен на консультацию в нефроурологический центр в связи с варусной деформацией ног. Анамнез жизни: От I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины, срочных, физиологических родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2-х месяцев. Зубы – с 8-ми месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D3 в курсовой дозе 150000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 18 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у матери с раннего детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость. В 18 лет рост 120 см, затем перенесла операцию по выпрямлению конечностей с использованием аппарата Елизарова, в настоящее время рост 150 см. Бабушка по матери здорова, дед по матери отличился малорослостью, с семьей давно не живет. Отец здоров, по линии отца инсульт в анамнезе у деда, гипертония у бабушки.

Анамнез заболевания: В 1 год 3 месяца 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 ног нарастала. На 3-ем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D3 в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В б/х анализе крови неоднократно фиксировалось повышение щелочной фосфатазы. 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, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. АД 82/56 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, живот при пальпации мягкий. Безболезненный. Печень +0ю5 см, селезенка не пальпируется. Стул ежедневно, оформленный. Дизурии нет.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: Нб – 132 г/л; эр – $3,9 \times 10^{12}$ /л; тромб – 280×10^9 /л; лейкоц. – $9,7 \times 10^9$ /л: п/я – 2%, с/я – 38%, лимф. – 50%, эоз. – 2%, мон. – 8%; СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; удельный вес – 1015; реакция – 6.0 ; белок – нет; эритроциты нет, лейкоц. – 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумин 42 г/л, СРБ отр., серомукоид 0,180, холестерин 4,5 ммоль/л, креатинин IDMS 36 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, калий 4,7 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л., кальций 2.0 ммоль/л, фосфор 0.9 ммоль/л, щелочная фосфатаза 720 ЕД (норма менее 644) АлАТ 32 ЕД, АсАТ 24 ЕД.

Биохимический анализ мочи: Ca²⁺ – 3,9 мг/кг/сут. (N – 2,0-2,5 мг/кг/сут.); фосфор – 46 мг/кг/сут. (N – до 20 мг/кг/сут.).

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

Кислотно-основное состояние крови: pH = 7,37; BE = -2,5

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

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли больной в каких-нибудь дополнительных обследованиях?
3. Какой тип передачи заболевания по наследству можно предположить в этой семье?
4. Основные принципы лечения заболевания?
5. Контроль каких показателей необходим в процессе лечения?
6. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 45

Витя Л., 10 лет. Родился от 2 физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3500 г., рост – 50,0 см. Ходить начал с 1,5 лет, прорезывание зубов с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учился плохо. С 8 лет стал излишне набирать вес. С 10 лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились: рост 130 см, вес 42 кг. Госпитализирован в тяжелом состоянии. При осмотре лицо лунообразное, выражен матронизм, стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке. Избыток подкожно-жировой клетчатки в области груди и живота.

Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту, АД 190/120 мм рт.ст. ЧДД 44 в минуту. Общий анализ крови: гемоглобин – 86 г/л, лейкоциты – 10×10^9 /л (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ – 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин – 8,0 ммоль/л (норма 3,5-5,6 ммоль/л), гликемия натощак – 6,8 ммоль/л.

R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 10 годам. Отмечается остеопороз.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите методы исследования, которые необходимо дополнительно провести ребенку.
4. Перечислите основные методы лечения.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Ситуационная задача № 46

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

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

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин. при ходьбе, которая уменьшается до 24 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 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. Частота сердечных сокращений – 100 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 47

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

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

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 48

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-хлетнем возрасте, когда после перенесенного гриппа появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная амиотрофия. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: отмечается припухлость проксимальных межфаланговых суставов II, III, IV пальцев правой руки, II, III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «шеи лебедя», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II, III пальцев левой стопы, деформация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов, больше справа, ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 мин. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот

мягкий доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 49

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

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

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит. Правильного телосложения, пониженного питания. Сыпи нет. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые лимфоузлы. Суставы: отмечается болезненность в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение объема движений в них, деформация обоих

голеностопных, обоих коленных суставов, сгибательная контрактура в коленных суставах, больше справа; деформация проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей, ульнарная девиация, ограничение сгибания в шейном отделе позвоночника, болезненность при жевании в челюстно-височных суставах. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны достаточно звучные, небольшой, изменчивый систолический шум в V точке. Печень +3см, пальпация безболезненная, пальпируется край селезенки.

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
3. Какие еще обследования следует провести больному?
4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. Составьте план лечения больного.
6. Показана ли в данном случае терапия глюкокортикостероидами?
7. Нуждается ли данный ребенок в санаторном лечении?
8. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
9. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
10. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Ситуационная задача № 50

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10 – 20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 – 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: у матери – нейроциркуляторная дистония, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь. При осмотре активен, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Температура нормальная. Кожные покровы чистые с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание

везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуальна не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 60 ударов в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Ортнера слабо положительные. Стул и мочеиспускание не нарушены.

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

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

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

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в 1 мин. нормальное положение электрической оси сердца. Миграция водителя ритма, синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя увеличение ЧСС до 96 ударов в 1 мин.

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 51

Больная Д., 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 приема 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. ЧСС 96 ударов в 1 мин. Пульс 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 – $9,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, э – 2%, л – 30%, м – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, Я – 12%, γ – 15%, серомукоид – 0,18 (норма до 0,2), АлАТ – 32 Ед/л, АсАТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 ударов в 1 мин. Умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Какие еще обследования необходимо сделать?
3. Каким специалистам необходимо показать больную?
4. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Наметьте план лечения больной.
7. Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8. Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?

Ситуационная задача № 52

Мальчик 3., 13 лет, поступил в отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал в Крыму, после чего самочувствие ухудшилось, появились артралгии.

Анамнез жизни без особенностей: рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими с субфебрильной температурой. Семейный анамнез отягощен по ревматическим заболеваниям: у мамы ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана.

При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные со следами загара, видимые слизистые оболочки бледные. На лице с преимущественной локализацией на щеках и переносице отмечается бледная эритематозно-дескваматозная сыпь. Хейлит, заеды. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Отмечается припухлость и болевое ограничение объема движений в обоих лучезапястных, локтевых и голеностопных суставах. 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, изменчивый систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $2,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, тромбоциты – 155×10^9 /л, СОЭ – 52 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,6 г/л, лейкоциты – 4-6 в поле зрения, эритроциты – 35-40 в поле зрения

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 5%, γ – 32%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 моль/л

Проба по Зимницкому: удельный вес 1006-1014, дневной диурез – 320, ночной диурез – 460

Иммунологическое исследование крови: РФ – отр, анти-ДНК – 42 (норма до 20), АНФ – 1/640.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания
3. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
4. Какие еще обследования следует провести больному?
5. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Составьте план лечения больного.
8. Показано ли в данном случае применение гипотензивных препаратов?
9. Нуждается ли данный ребенок в гормональной терапии?
10. Каков механизм нарушения процессов реполяризации миокарда?

Ситуационная задача № 53

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до $38,7^\circ\text{C}$. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

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

При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложений на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аскультативно- жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 96 уд. в 1 мин.

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

Менингеальных симптомов нет.

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

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты - нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы
3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.
8. Разработайте план противоэпидемических мероприятий
9. Есть ли у данного ребенка клинические проявления бронхообструктивного синдрома?
10. Какой прогноз заболевания

Ситуационная задача № 54

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

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

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, проводится мозаично, выдох удлинен, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см латеральнее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы
3. Какова этиология заболевания?
4. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?
5. Проведите дифференциальный диагноз
6. Каковы принципы лечения?
7. Целесообразно ли назначение бронхоспазмолитиков при данном заболевании?
8. Можно ли лечить ребенка на дому?
9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Когда следует проводить вакцинацию.

Ситуационная задача № 55

Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять. Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.

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

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

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

При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный, слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным влажным компонентом. Температура тела 37,4°. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, выдох удлинен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 35 в 1 мин. SO₂- 94%. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет, ЧСС 130 уд.в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см.

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

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы.
3. Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
4. Какие анамнестические данные помогли вам поставить диагноз?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
7. Какие диагностические мероприятия следует провести?
8. Назначьте лечение.
9. Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
10. Каков прогноз заболевания?
11. Есть ли противопоказания к проведению профилактических прививок и проб Манту.

Ситуационная задача № 56

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

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес

ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: справа ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 130 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 125 г/л, эр – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 57%, э – 1%, л – 23%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

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

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

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области IX – X сегментов правого легкого.

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 57

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

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

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

При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности

нижнего края правого легкого. ЧД – 42 в 1 мин, дыхание болезненное, кряхтящее. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Там же – ослабление дыхания, крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 120 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован.

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

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,033 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 2-4 в п/зр, слизь – немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются инфильтративные изменения нижней доле правого легкого. Посев трахеального аспирата: высеив *Str. pneumoniae* 10^6 .

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данная форма заболевания и почему?
3. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите критерии диагностики характерные для данной болезни.
5. С чем связано кряхтящее дыхание и болевой синдром?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?
9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача № 58

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

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

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

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Одышка смешанного типа, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, ЧД до 58 в 1 мин. Кашель частый, приступообразный. В легких перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы, единичные сухие свистящие хрипы.

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

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

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

Рентгенография органов грудной клетки: определяется повышение воздушности легочных полей, усиления легочного рисунка, выраженные интерстициальные изменения с обеих сторон, неравномерная пневматизация.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каков путь заражения?
4. Какие еще возбудители вызывают развитие данной патологии в этой возрастной группе?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз по клинической картине?
6. Почему предыдущая терапия оказалась неэффективной?
7. Назначьте лечение.
8. Какие антибиотики и в какой дозе можно использовать?
9. Нужно ли обследовать мать больного ребенка?
10. Какова длительность диспансерного наблюдения за пациентом.

Ситуационная задача № 59

Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 50 дыханий в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация на высоте вдоха. Над остальными участками легких выслушивалось жесткое дыхание. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: гематокрит — 49% (норма 31–47%), Hb — 122 г/л, эр — $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ц.п. — 0,8, лейкоц — $18,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я — 4%, с/я — 52%, э — 1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 27 мм/час

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,033 г/л, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного

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

Кислотно-основное состояние крови: $p\text{O}_2$ — 68 мм рт.ст. (норма 80 — 100), $p\text{CO}_2$ — 65 мм рт.ст. (норма 36-40), pH — 7,35, BE = -2,3 ммоль/л (норма = $\pm 2,3$), АВ — 17 ммоль/л (норма 16-23), ВВ — 39 ммоль/л (норма 37-47), SB — 19 ммоль/л (норма 17-23).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются инфильтративные изменения S6-10 в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 60

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-ый раз с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, упорный влажный кашель с мокротой. На первом году мальчик не болел, развивался соответственно возрасту. Во время игры на полу в возрасте 1 года появился приступ сильного кашля, ребёнок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребёнок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенёс пневмонию в 2 и 2.5 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела 13.6 кг, рост 108 см. ЧД-36 в мин.

ЧСС-115 ударов в мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над лёгкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы слева в нижней доле. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Нв-119 г/л, эр- $3,4 \times 10^{12}$, лейко- $13,9 \times 10^9$, п/я-7%, с/я-65%, э-2%, м-9%, л-17%, СОЭ-20мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1018, эпителий-нет, лейкоциты-2-3 в п/зр, эритроциты - нет.

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

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева деформация легочного рисунка, понижение прозрачности.

МСКТ легких: слева в 8-10 сегментах - фиброателектаз, определяются цилиндрические бронхоэктазы.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы
3. Каков патогенез данного заболевания?

4. Что случилось с ребёнком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Составте план обследования больного.
7. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
8. Назначьте больному лечение.
9. Какие показатели являются критерием назначения антибактериальной терапии?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения за пациентом.
11. Есть ли противопоказания к проведению профилактических прививок и проб Манту.
12. Каков прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 61

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

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

Аллергологический анамнез отягощен: крапивница на шоколад, цитрусовые.

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

При поступлении состояние очень тяжелое. Жалобы на сниженный аппетит, плохую прибавку массы тела, неустойчивый стул, периодически черного цвета, постоянный кашель с мокротой слизисто-гноного характера с прожилками крови. Девочка пониженного питания. Вес 9 кг 300 г, рост 80 см. Кожные покровы очень бледные с акроцианозом, видимые слизистые бледные, чистые. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо. SO_2 – 88%. Одышка смешанного характера в покое. ЧД 66 в 1 мин. Кашель частый, малопродуктивный. Мокрота слизисто-гноного характера с прожилками крови. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 142 в 1 мин. Перкуторно: легочный звук. Дыхание жесткое, проводится неравномерно с обеих сторон, выслушивается обилие мелкопузырчатых, влажных хрипов. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки. Стул 3-4 раза в день, периодически жидкий. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Нв – 84 г/л. эр– $3,0 \times 10^{12}$. тр – $170,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $7,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я-42, л. – 32, э-5, м. – 10, СОЭ 29 мм/час.

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

Реакция кала на скрытую кровь: положительная.

Кровь на IgE к коровьему молоку: +++.

Хлориды пота – 19,8 ммоль/л.

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

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

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

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Выделите ведущие симптомы и синдромы.
4. Какова этиология анемии и при данном заболевании?
5. Какова тактика лечения?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. С какой целью измерялись хлориды пота?
8. Для чего исследовалась кровь на АТ к вирусу цитомегалии и токсоплазму?
9. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?
10. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 62

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

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

Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гноное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит. При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой средне-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116 ударов в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Нб – 118 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}$ /л. т. – $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 10, с/я – 52, л. – 28, э – 1, м. – 9, СОЭ 26 мм/час.

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

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

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

МСКТ легких: неравномерная пневматизация, стенки бронхов утолщены, цилиндрические бронхоэктазы S 6,8, 9, 10 справа и слева S 8, 9.

Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите 3 отличительных признака этого заболевания. Что лежит в основе нарушений со стороны органов дыхания при этом заболевании?
3. Как наследуется это заболевание?
4. Какие нарушения можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
6. Каковы принципы лечения заболевания?
7. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
8. Показано ли хирургическое лечение данного заболевания?
9. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
10. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 63

Мальчик 5 месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.

Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II беременность прервана по желанию матери).

Масса тела при рождении 3700 г, длина-53 см.

С 1 месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, периодически «жирный» стул.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса – 4600 г, длина – 55 см. Отмечается резко выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 68 в 1 мин. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 в 1 мин. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов. Живот увеличен в объеме, вздут, урчит при пальпации. Печень +3 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1 см. Стул 6 раз в день, обильный, жирный.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л. эр – $4,66 \times 10^{12}$ /л. т. – 270×10^9 /л, лейкоц. – $12,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я – 42, л. – 32, э – 5, м. – 10, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейкоц. – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Хлориды пота – 88 ммоль/л.

Генетическое обследование: ΔF508/G542X.

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

Посев мокроты на флору: *Staphylococcus aureus* 10^4 .

Рентгенограмма легких: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с

нечеткими контурами, больше в области проекции правого легкого. Тень сердца не изменена. Легочные синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
4. Каков этиопатогенез заболевания у данного ребенка?
5. Оцените данные потового теста у ребенка.
6. С какой целью проводилось генетическое обследование?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Показания к госпитализации ребенка?
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

Ситуационная задача № 64

Ребенок 5 лет был направлен в стационар для обследования.

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. В возрасте 3-х месяцев отмечалась лихорадка до 39°C, кашель, одышка. В связи с этим поступил в стационар по месту жительства в тяжелом состоянии с признаками ДН2, с синдромом бронхиальной обструкции, где был диагностирован острый бронхиолит. Мальчик кислородозависим в течение 5 дней, сохранялась выраженная одышка, на рентгенограммах органов грудной полости двустороннее вздутие легких. После выписки из стационара неоднократно госпитализировался с рецидивирующими симптомами бронхиальной обструкции. Физическую нагрузку переносит хорошо.

При поступлении состояние тяжелое. Вес 18кг, длина 119 см. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой развит слабо. Одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, выдох удлинен, «свистящее дыхание». ЧДД 38 в 1 мин. Кашель малопродуктивный. Над всей поверхностью легких коробочный оттенок перкуторного тона. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, мозаично, выслушиваются крепитирующие хрипы, сухие свистящие хрипы. SO₂-97% по пульсоксиметру. Тоны сердца, ритмичные. ЧСС 140 в 1 мин, акцент 2 тона над легочной артерией. Живот мягкий, безболезненный. Печень+1 см. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Стул раз в день оформленный. Диурез не нарушен.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л. эр - $3,7 \times 10^{12}/л$, т.- $380 \times 10^9/л$. лейкоц - $9,7 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 45%, л - 41%, э - 5%, м - 6%, СОЭ - 18 мм/час.

Хлориды пота - 27,9 ммоль/л.

Посев мокроты на флору: *Staphylococcus aureus* 10^4 ,

МСКТ легких: признаки нарушения бронхиальной проходимости с обеих сторон, больше справа. Фиброателектаз S5 справа. Сосудисто-интерстициальный рисунок усилен. Корни малоструктурны. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы и синдромы
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
5. Оцените данные потового теста у ребенка.

6. Оцените физическое развитие ребенка.
7. Каков этиопатогенез заболевания у ребенка?
8. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
9. С какой целью требуется обследование сердечно сосудистой системы.
10. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
11. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 65

Мальчик 5 лет осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли в нос. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает бронхиальной астмой; у самого больного до трехлетнего возраста отмечались проявления атопического дерматита. При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктив гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: Нб – 125 г/л, эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 44%, л – 40%, э – 12%, м – 5%, СОЭ – 5 мм/час.

Скарификационные кожные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами ольхи, орешника, березы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы и синдромы
3. Наметьте план дополнительного обследования
4. Каковы основные принципы лечения?
- 5 Назначьте лечение для купирования обострения
 1. Назначьте базисную терапию
 2. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
8. Какие специалисты должны наблюдать данного пациента?
9. Каковы механизмы развития аллергической реакции при данном заболевании и чем они характеризуются?
10. Каков прогноз заболевания у данного больного?

Ситуационная задача № 66

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

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

Семейный анамнез: у матери ребенка пищевая аллергия, рецидивирующая крапивница, у отца - поллиноз.

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинён. ЧД –34 за 1 минуту. SO_2 -94%. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно- дыхание жесткое, проводится во все отделы, масса сухих свистящих хрипов надо всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 129 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 128 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейко – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

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

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

ЗАДАНИЕ:

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

Ситуационная задача № 67

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

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту, интеркуррентными заболеваниями не болел.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При неоднократном

рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада и цитрусовых.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, навязчивый сухой кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД – 32 за 1 минуту. 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 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, эр – $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $4,8 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

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

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение в период обострения заболевания
5. Назначьте базисную терапию
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
8. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?
9. Нужен ли мед. отвод от проведения профилактических прививок и проб Манту.
10. Каков прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 68

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

Anamnesis vitae. Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Период новорожденности без особенностей; до года проявления атопического дерматита, после года часто болел ОРВИ, трижды ангинами. Профилактические прививки проведены по возрасту.

Anamnesis morbi. Три недели назад перенес ангину. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, уменьшение объема выделяемой мочи, моча темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами ребенок госпитализирован.

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

Лабораторно-инструментальные данные.

Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л; лейкоциты - $9,2 \times 10^9$, п/я - 7%, с/я - 71%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 3%, тромбоциты - 530×10^9 , СОЭ 25 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л, мочевины 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л,

ASLO(Antistreptolysin O Titer) 300 МЕ/мл, калий 6,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 50 мл/мин/1.73 м²

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: стерильный.

Посев на флору мазок из зева: высев гемолитического стрептококка.

Ультразвуковое исследование почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы не нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы основного заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз: основной.
3. Какая этиология данного заболевания.
4. Оцените функцию почек у пациента.
5. Обоснуйте терапию основного заболевания.
6. Каков генез отеков у больного?
7. Какая диета необходима больному?
8. Выделите симптомы осложнения основного заболевания.
9. Сформулируйте осложнения основного заболевания, обоснуйте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 69

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

Anamnesis vitae. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Проявления атопического дерматита до 3 лет. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ. Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

Anamnesis morbi. Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появились отеки. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился суточный объем мочи.

Объективное обследование. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки,

поясничной области, асцит. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Лабораторно - инструментальные данные.

Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эритроциты – $5,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – $416,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 36%, эозинофилы – 7%, лимфоциты – 52%, моноциты – 2%, СОЭ – 37 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 18 ед/л, АСТ – 25 ед/л, билирубин общий – 5.40 мкмоль/л, общий белок – 41 г/л, альбумины – 16 г/л, холестерин – 7.29 ммоль/л, триглицериды – 1.1 ммоль/л, ЛПНП – 1, 45 ммоль/л, калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л (норма – до 88 мкмоль/л).

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 106,6 мл/мин. / 1.73 м^2 .

Коагулограмма: АПТВ –фибриноген – 4,5 г/л, антитромбин III – 70%.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность-1028, реакция – 6.0, белок – 4,5 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – 0.

Суточная экскреция белка с мочой: белок-2,5 г/сут.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз: основной.
3. Патогенез протеинурии при данном заболевании?
4. Какой патогенез отеков при данном заболевании?
5. Причины повышения холестерина?
6. Составьте план обследования.
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Какие осложнения при данном заболевании?
9. Обоснуйте лечение, режим, диету, медикаментозную терапию.
10. Каков прогноз и исход данного заболевания.

Ситуационная задача № 70

Жалобы на рвоту, жидкий стул, фебрильную лихорадку, желтушность кожи, мочу темного цвета.

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

Anamnesis morbi. Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появились озноб, температура тела 39°C , рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

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

Лабораторно - инструментальные данные.

Клинический анализ крови: -80 г/л, эритроциты $-3,5 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты $-8 \times 10^9/л$, тромбоциты $-70,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $-15,7 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-70%, лимфоциты -19%, моноциты -9%, СОЭ-25 мм/час. Эритроциты искаженные фрагментированные формы в виде палочек, дисков, шизоцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 300 мкмоль/л. Снижение гаптоглобина, свободный гемоглобин в плазме. Лактатдегидрогеназа повышена.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 15,4 мл/мин. / 1.73 м².

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.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Какова причина развития этого синдрома?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Оцените функцию почек.
5. Объясните причину и характер анемии, тромбоцитопении.
6. Составьте план обследования.
7. Обоснуйте медикаментозное лечение.
8. Какие показания к заместительной почечной терапии.
9. Прогноз данного заболевания.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача № 71

Жалобы. Девочка 9 лет поступила в больницу с жалобами на тошноту, головную боль, изменение цвета мочи.

Anamnesis vitae. Ребенок от 3 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, от 2 срочных неосложненных родов. Родилась с массой тела 3450, длиной 52 см. Ранее развитие без особенностей, до года не болела, после года болела ОРВИ нечасто (3-4 раза в год), перенесла ветряную оспу, корь, дважды-ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 15 лет, страдает хроническим гастроуденитом.

Anamnesis morbi. В возрасте 5 лет после ОРВИ у девочки появились отеки, повышение АД до 150/90 мм. рт. ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Получала терапию диуретиками, гипотензивными препаратами, гепарин, курантил, преднизолон. Эффект от лечения частичный в виде исчезновения отеков и снижения артериального давления; постоянно сохранялись гематурия и протеинурия до 1-2 г/сутки. В последнее время сохранялась артериальная гипертензия на уровне 150/100 мм. рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечалось после перенесенного гриппа.

Объективное обследование. Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, с сероватым оттенком. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. АД 130/85 мм. рт. ст. В легких хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 72 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.

Лабораторно - инструментальные данные.

Клинический анализ крови: Hb – 90 г/л, эритроциты – 3.1×10^{12} /л, тромбоциты – $280,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 56%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 39%, моноциты – 2%, СОЭ – 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 13 ед/л, АСТ – 21 ед/л, билирубин общий – 7.40 мкмоль/л, общий белок – 48 г/л, альбумины – 26 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций – 2.0 ммоль/л, фосфор – 1.75 ммоль/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 28 мл/мин. / 1.73 м^2 .

Кислотно-основное состояние крови: Сдвиг КОС в сторону гипохлоремического метаболического ацидоза (рН крови 7,35; рСО₂ 30 мм.рт.ст.; ВЕ – 10 ммоль/л; НСО₃ 18 ммоль/л).

Гормональное исследование: Паратиреоидный гормон 100 пг/мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1011, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы основного заболевания.
2. Как Вы оцениваете функцию почек у больной?
3. Выделите ведущие симптомы осложнений основного заболевания.
4. Причины развития анемии?
5. Причина развития артериальной гипертензии?
6. Сформулируйте клинический диагноз основной, осложнение.
7. Обоснуйте терапию основного заболевания.
8. Какие причины развития гипохлоремического метаболического ацидоза?
9. Какая терапия показана пациентке с осложнением основного заболевания?
10. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 72

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

Anamnesis vitae. Мальчик от 3 беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса при рождении 3800 г., длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Наблюдался с диагнозом атопический дерматит. Пищевая аллергия на белок коровьего молока. Отмечается лекарственная аллергия на пенициллин в виде крапивницы. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Anamnesis morbi. Заболел в 2 года, когда после ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Ребенок 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.

Объективное обследование. При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, левая – на 2 см

кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 128 в 1 мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см. из-под края реберной дуги. Диурез – 120-150 мл/сут.

Лабораторно - инструментальные данные.

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

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 17 г/л, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 30%, β – 10%, γ – 10%, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 4,5 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 110 мл/мин / 1.73 м².

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

Анализ мочи на суточный белок: потеря белка 6,7 г/сут.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Объясните патогенез протеинурии.
3. Каков патогенез отечного синдрома при данном заболевании?
4. Причины повышенного холестерина.
5. Какие исследования необходимо провести больному.
6. Обоснуйте клинический диагноз основной.
7. Обоснуйте план лечения основного заболевания.
8. Выделите ведущие симптомы возникшего осложнения.
9. Обоснуйте лечение осложнений.
10. Каков прогноз, исход заболевания.

Ситуационная задача № 73

Жалобы. Ребенок 12 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

Anamnesis vitae. Мальчик от I беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса при рождении 3200 г., длина 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

Anamnesis morbi. Заболел в 6-летнем возрасте, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, 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.

Объективное обследование. 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.

Лабораторно - инструментальные данные.

Клинический анализ крови: Нв-96 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты- $6,5 \times 10^9$ /л; п/я – 8%; с/я – 66%; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; лимфоциты-19%, моноциты – 5%, СОЭ – 40 мм/час.

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 (норма – до 110 мкмоль/л), мочевины – 10,4 ммоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 32 мл/мин. / 1.73 м2.

Общий анализ мочи: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1,003, белок – 1,6 г/л, лейкоциты – 2-3 п/зр, эритроциты – все поля зрения.

Анализ мочи на суточный белок: белок – 2,8 г/сут.

Ультразвуковое исследование почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя обеих почек неравномерно повышена, пирамидки деформированы.

Биопсия почек: мембранопролиферативный гломерулонефрит с депозитами Ig G.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Патогенез протеинурии и гематурии?
4. Каков патогенез отеков?
5. Каков патогенез артериальной гипертензии?
6. Оцените функциональное состояние почек. Выделите ведущие синдромы.
7. Обоснуйте осложнения основного заболевания.
8. Обоснуйте лечение основного заболевания.
9. Обоснуйте лечение осложнения основного заболевания.
10. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 74

Anamnesis vitae. Мальчик 15 лет, от I беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году рос и развивался нормально, привит по возрасту. Болел ОРВИ (3-4 раза в год). Аллергический анамнез не отягощен.

Anamnesis morbi. В возрасте 3 лет после перенесенной ОРВИ в моче выявлены гематурия (эритроциты покрывали все поля зрения), следовая протеинурия; самочувствие мальчика оставалось удовлетворительным. С диагнозом «острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом» ребенок госпитализирован в стационар по месту жительства, где получал соответствующее лечение, которое не привело к выздоровлению (постоянно отмечалась гематурия).

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

Из семейного анамнеза известно, что у бабушки ребенка со стороны матери в течение всей жизни отмечается изолированная гематурия (до 60-100 эритроцитов в поле зрения); родной брат матери с возраста 23 лет в связи с развитием почечной недостаточности получал заместительную почечную терапию гемодиализом, страдал снижением слуха и катарактой.

Объективное обследование. Состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные; видимые слизистые бледно-розовые. Масса тела 46 кг, рост 157 см. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Отеков, пастозности нет. Отмечены: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС – 100 ударов в 1 мин. АД 105/65. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Лабораторно - инструментальные данные.

Клинический анализ крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,0 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 66%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 23%; моноциты – 8%; ретикулоциты – СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевины – 10,5 ммоль/л, креатинин – 125 мкмоль/л (норма 25-90), калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 2.1 ммоль/л, фосфор – 1.6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л. Паратиреоидный гормон – 110 пг/мл.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 63 мл/мин/ 1.73 м².

Общий анализ мочи: реакция – щелочная, относительная плотность – 1008, белок – 1,5 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 0-1 в п/з.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1003 до 1012; дневной диурез – 460 мл, ночной диурез – 570 мл.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких и низких частотах.

Консультация окулиста: катаракта I степени, миопия.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам 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 и определите стадию хронического заболевания почек.
7. Каковы причины анемии у данного больного?
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Обоснуйте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 75

Жалобы. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое.

Anamnesis vitae. Мальчик 2 месяца, от I беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая, отечная.

Anamnesis morbi. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке, в неонатальном периоде выявлена протеинурия, гипоальбуминемия, повышение креатинина до 110 мкмоль/л.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Объективное обследование. Состояние тяжелое. 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. Суточный объем мочи снижен.

Несмотря на проводимую инфузионную терапию раствором альбумина с лазиксом, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали положительного эффекта.

Лабораторно - инструментальные данные.

Общий анализ крови: Нв – 91 г/л, Эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 28%, эозинофилы – 7%, лимфоциты – 52%, моноциты – 10%, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 20г/л; глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 16%, β – 20%, γ -24%; холестерин – 8 ммоль/л, мочевины – 30,0 ммоль/л, креатинин - 220 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 6,5 мл/мин/1.73 м²

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.

Относительная плотность мочи 1002-1005, объем выделенной мочи 170 мл/сут.

Молекулярное-генетическое исследование: показало мутацию гена NPHS1, кодирующего нефрин.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Оцените функцию почек.
3. Обоснуйте и сформулируйте основной диагноз.
4. Какой тип наследования основного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Обоснуйте осложнения основного заболевания.
7. Обоснуйте план лечения основного заболевания.
8. Какие могут быть осложнения основного заболевания?
9. С учетом состояния функции почек, обоснуйте показания к заместительной почечной терапии.
10. Какой прогноз основного заболевания и осложнения основного заболевания.

2.5.3. Критерии оценивания результатов сдачи итогового (государственного)

экзамена:

Критерии оценивания	
отлично	обучающийся способен самостоятельно искать, анализировать и оценивать профессиональную информацию; понимать методологические основы профессиональной деятельности; решать различные типы практических задач в профессиональной области, в том числе корректировать свои действия при изменении условий выполнения задачи, а также в различных рабочих ситуациях; осуществлять текущий и итоговый контроль своей, а при необходимости и групповой профессиональной деятельности, ее оценку и при необходимости коррекцию; принимать решения в сфере исполнения своих обязанностей; проявлять полученные навыки при решении профессиональных задач различной сложности; избирать пути решения сложных профессиональных задач. При ответе на вопросы и/или выполнении заданий

	<p>обучающийся обнаруживает всестороннее и глубокое знание программного материала; использует соотносимые знания дисциплин, не включенных в программу экзамена; демонстрирует знание современной учебной и научной литературы; точно и корректно использует научную и специальную терминологию; стилистически грамотно, логически правильно излагает ответы на вопросы билета и дополнительные вопросы; обнаруживает способность творчески применять знания теории к решению профессиональных задач; демонстрирует способность к комплексному анализу, сопоставлению различных подходов к рассмотрению вопросов и/или заданий билета, формулированию обоснованных выводов, умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по проблематике вопросов, давать им критическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;</p>
хорошо	<p>обучающийся способен самостоятельно искать, анализировать и оценивать профессиональную информацию; решать различные типы практических задач в профессиональной области, в том числе корректировать свои действия при изменении условий выполнения задачи; осуществлять текущий и итоговый контроль своей профессиональной деятельности, ее оценку и при необходимости коррекцию; владеет сложными навыками в сфере своей профессиональной деятельности, способен, используя их, активно влиять на происходящее, самостоятельно принимать решения в сфере профессиональной деятельности и проявлять полученные навыки в ситуациях различной сложности. При ответе на вопросы и/или выполнении заданий обучающийся обнаруживает всестороннее систематическое и глубокое знание программного материала в целом; использует при ответе соотносимые знания дисциплин, не включенных в программу экзамена; демонстрирует знание современной учебной и научной литературы; корректно использует научную и специальную терминологию; стилистически грамотно, логически правильно излагает ответы на вопросы билета и дополнительные вопросы; обнаруживает способность применять знания теории к решению профессиональных задач; демонстрирует способность к комплексному анализу вопросов и/или заданий билета и формулированию обоснованных выводов, умение в целом ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по проблематике вопросов, давать им критическую оценку; допускает отдельные погрешности и неточности в формулировках;</p>
удовлетворительно	<p>обучающийся имеет представление о том, какие именно способности должны сформироваться в процессе обучения по данному направлению; способен самостоятельно искать, анализировать и использовать профессиональную информацию; способен, используя полученные знания и навыки, самостоятельно на должном уровне осуществлять основные виды профессиональной деятельности, решать различные типы практических задач в профессиональной области, в том числе корректировать свои действия при изменении условий выполнения задачи, самостоятельно контролировать, оценивать и корректировать свою профессиональную деятельность. При ответе на вопросы и/или выполнении заданий обучающийся показывает достаточные знания отдельных блоков программного материала; демонстрирует фрагментарное знание современной учебной и научной литературы; корректно использует научную и специальную терминологию; стилистически грамотно, логически правильно излагает ответы на вопросы билета и дополнительные вопросы; обнаруживает способность применять знания теории к решению профессиональных задач; демонстрирует способность к формулированию выводов, умение в целом ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по проблематике вопросов, давать им сравнительную оценку; допускает существенные погрешности и неточности в формулировках;</p>
неудовлетворительно	<p>обучающийся не владеет необходимыми для осуществления профессиональной деятельности знаниями и навыками, или владеет ими фрагментарно, не способен их применять в процессе профессиональной деятельности, не способен решать типовые профессиональные задачи. При ответе на вопросы и/или выполнении заданий обучающийся показывает недостаточный объем знаний вопросов билета и программного материала в целом либо не дает ответ или отказывается от ответа хотя бы на один вопрос билета; не демонстрирует знание современной учебной и научной литературы;</p>

	некорректно использует научную и специальную терминологию; излагает ответы на вопросы с существенными лингвистическими и логическими ошибками; обнаруживает некомпетентность в решении стандартных (типовых) профессиональных задач, неспособность к формулированию выводов; демонстрирует неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по проблематике вопросов; допускает грубые стилистические и логические ошибки.
--	--

2.6. Методические материалы для итогового (государственного) экзамена

Рекомендации обучающемуся по подготовке к итоговому (государственному) экзамену:

В период подготовки к государственному экзамену обучающиеся обращаются к учебно-методическому материалу и закрепляют знания. При подготовке к государственному экзамену обучающимся целесообразно использовать материалы лекций, учебно-методические материалы, рекомендованные основную и дополнительную литературу, типовые ситуационные задачи.

При подготовке к государственному экзамену рекомендуется изучить основную и дополнительную литературу. Полезно делать письменные пометки, прорабатывая тот или иной вопрос. Удобно тезисно записать ответы на наиболее трудные, с точки зрения выпускника, вопросы. Особое внимание следует уделить решению ситуационных задач.

Представляется крайне важным посещение обучающимися проводимой перед государственным экзаменом консультации. Здесь есть возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые недостаточно освещены в учебной, научной литературе или вызывают затруднение в восприятии. Важно, чтобы студент грамотно распределил время, отведенное для подготовки к экзамену. Подготовку к экзамену студент должен вести систематично.

Методические рекомендации по процедуре проведения итогового (государственного) экзамена:

Государственный экзамен по направлению подготовки 31.09.19 Педиатрия проводится в форме собеседование – решение клинических ситуационных задач.

Устное собеседование, в ходе которого оценивается умение решать конкретные профессиональные задачи, охватывает основные разделы направления подготовки. Для проведения государственного экзамена создаются группы экзаменаторов, в каждую из которых входят члены ГЭК. Собеседование проводится по комплексным ситуационным задачам.

Экзамен проводится в форме устного ответа на вопросы экзаменационного билета. За отведенное для подготовки время студент должен сформулировать четкий ответ по каждому вопросу билета. Отвечая на экзаменационные вопросы задачи, необходимо

придерживаться определенного плана ответа, который не позволит уйти в сторону от содержания поставленных вопросов. К выступлению выпускника на государственном экзамене предъявляются следующие требования:

- ответ должен строго соответствовать объему вопросов билета;
- ответ должен полностью исчерпывать содержание вопросов билета;
- ответ должен соответствовать определенному плану, который рекомендуется огласить в начале выступления;
- выступление на экзамене должно соответствовать нормам и правилам публичной речи, быть четким, обоснованным, логичным.

Выпускник должен быть готов и к дополнительным (уточняющим) вопросам, которые могут задать члены государственной экзаменационной комиссии. Дополнительные вопросы задаются членами государственной комиссии в рамках билета и связаны, как правило, с неполным ответом. Уточняющие вопросы задаются, чтобы либо конкретизировать мысли студента, либо чтобы студент подкрепил те или иные теоретические положения примерами из практики, либо привлек знания смежных учебных дисциплин. Полный ответ на уточняющие вопросы лишь усиливает эффект общего ответа студента. Итоговая оценка знаний предполагает дифференцированный подход к студенту, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных теоретических положений, умение связывать теорию с практикой при решении ситуационных задач, излагать материал доказательно.

3. Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации: выпускная квалификационная работа

Защита выпускной квалификационной работы не включена (не предусмотрена ФГОС) в состав итоговой (государственной итоговой) аттестации по основной профессиональной образовательной программе.

4. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

Порядок подачи и рассмотрения апелляций определен в Положении об итоговой (государственной итоговой) аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры.

5. Материально техническое обеспечение итоговой (государственной итоговой) аттестации

Университет на законном основании располагает материально-технической базой (помещениями и оборудованием) для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по основной профессиональной образовательной программе в соответствии с учебным планом.

Сведения о материально-техническом обеспечении итоговой (государственной итоговой) аттестации содержатся в справке о материально-технических условиях реализации образовательной программы.

6. Особенности проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов

Проведение итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для обучающихся из числа инвалидов итоговая (государственная итоговая) аттестация проводится университетом с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации и другие локальные акты университета по вопросам проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.