

**НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»**

Одобрено
На заседании Учёного совета «ДМСИ»,
Протокол № 12 от 24 июня 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ
Ректор НОУ ВО «ДМСИ»
профессор М.М.Расулов

«__» _____ 20__ г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПЕДИАТРИЯ

Специальность	31.05.03 Стоматология
Направленность(специализация)	Стоматология
Форма обучения	очная
Трудоемкость	2 з.е.
Разработано для обучающихся	по специальности 31.05.03

--

Махачкала

Фонд оценочных средств по учебной дисциплине одобрен на заседании кафедры профессиональных и стоматологических дисциплин «10» июня 2024 г. Протокол № 5.

Фонд оценочных средств актуализируется (обновляется) ежегодно.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ,
СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Индикаторы компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
	Знать	Уметь	Владеть
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач			
ИД-2 ОПК-5.2 Применяет методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза.	основные методы диагностики в педиатрии, основные симптомы и синдромы детских болезней	оценить значение результатов обследования ребенка	навыками оценки результатов обследования ребенка
ИД-3 ОПК-5.3 Осуществляет верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей специалистов.	показания к направлению пациента на консультацию к педиатру	выявить показания для направления пациента на консультацию к педиатру	навыками направления пациента на консультацию к педиатру
ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач.			
ИД-4 ОПК-6.4 Использует знания об эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентов.	об эффективности и безопасности основных методов немедикаментозного и медикаментозного лечения в педиатрии	оценить эффективность и безопасность немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентов в педиатрии	навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения в педиатрии

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО РАЗДЕЛАМ

№ п/п	Название раздела дисциплины	Код формируемой компетенции
1	Введение в педиатрию. Рост и развитие ребенка. Аномалии конституции.	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
2	Анатомо-функциональные особенности детского возраста	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
3	Вскармливание детей 1-го года жизни.	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
4	Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
5	Железодефицитные анемии	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
6	Хронические расстройства питания и пищеварения	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
7	Заболевания органов дыхания	ИД-2 ОПК-5.2

		ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
8	Заболевания органов мочевыделительной системы	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
9	Заболевания системы пищеварения	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
10	Геморрагические болезни	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
11	Инфекционные болезни у детей.	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4
12	Неотложные состояния в педиатрии	ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3 ИД-4 ОПК-6.4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов на практических занятиях, написания рефератов, выполнения практических заданий.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень

Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень
Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

Оценочные материалы для проведения текущего контроля

Вопросы для устного опроса

Раздел 1. Введение в педиатрию. Рост и развитие ребенка. Аномалии конституции.

1. Периоды детского возраста. Основные особенности периодов детства в качестве предрасполагающих факторов возрастной патологии.
2. Закономерности нарастания массы и роста.
3. Связь аномалий развития зубочелюстной системы с наследственными заболеваниями, неблагоприятным течением беременности, наличием генитальной и экстрагенитальной патологии.
4. Характер аномалий зубочелюстной системы в связи с недоношенностью и незрелостью ребенка.
5. Вредные привычки как причина формирования патологии зубочелюстной системы.
6. Понятие о конституции человека, конституциональных типах, диатезах.
7. Классификация диатезов по группам и деление внутри групп по клинко-патогенетическим типам.
8. Влияние аномалий обмена на предрасположенность и течение различных заболеваний в детском возрасте.
9. Современные направления профилактики развития заболеваний, связанных с диатезами.
10. Роль аномалий конституции, наследственности и факторов внешней среды в формировании и развитии аллергических заболеваний у детей.
11. Варианты аллергических реакций у детей в различные возрастные периоды.

12. Атопический дерматит (основные клинико-этиологические и клинико-патогенетические варианты, современные подходы к терапии, профилактика.)

Раздел 2. Анатомо-функциональные особенности детского возраста

1. Анатомо-функциональные особенности детского возраста.
2. Нормативы данных физикального обследования.
3. Сроки и порядок прорезывания зубов.
4. Особенности крови и кроветворения в разные периоды детства.
5. Анатомо-физиологические особенности ротовой полости у детей раннего возраста.
6. Функция слюнных желез, характеристика акта сосания.

Раздел 3. Вскармливание детей 1-го года жизни.

1. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Виды и сроки введения прикорма.
2. Особенности вскармливания детей со стоматологическими заболеваниями.
3. Показания для перевода на искусственное вскармливание.
4. Способы определения суточного количества молока и смесей при разных видах вскармливания.
5. Потребность в основных ингредиентах и калориях в зависимости от вида вскармливания.
6. Связь недостаточной жевательной нагрузки с формированием неправильного прикуса и другой патологии зубочелюстной системы.

Раздел 4. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д

1. Рахит. Этиология, патогенез, классификация.
2. Современные методы специфической и неспецифической профилактики рахита. Принципы лечения рахита.
3. Связь рахита с заболеваниями зубочелюстной системы.
4. Роль профилактики и лечения рахита в физиологическом созревании зубочелюстной системы.
5. Спазмофилия. Д-витаминная интоксикация, клиника, диагностика, лечение.

Раздел 5. Железодефицитные анемии

1. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лабораторные критерии, принципы лечения.
2. Терапевтическая тактика в предоперационной подготовке к стоматологическим вмешательствам у детей с анемией.
3. Особенности вскармливания детей с анемией при расщелинах верхней губы и твердого неба.
4. Значение дефицита витаминов и микроэлементов в формировании патологии зубочелюстной системы.

Раздел 6. Хронические расстройства питания и пищеварения

1. Хронические расстройства питания и пищеварения у детей раннего возраста.
2. Связь этих состояний со стоматологической патологией.

Раздел 7. Заболевания органов дыхания

1. Острые заболевания верхних и нижних дыхательных путей.
2. Пневмонии.
3. Бронхиты.
4. Острые бронхиты.
5. Клинические и рентгенологические признаки острой пневмонии и бронхита.

Раздел 8. Заболевания органов мочевыделительной системы

1. Особенности заболеваний почек у детей.
2. Гломерулонефрит: этиопатогенез, клинические варианты, принципы лечения.
3. Роль очагов хронической инфекции в патогенезе заболеваний почек.

4. Участие врача-стоматолога в диспансеризации детей с заболеваниями почек.
5. Методы оценки почечной функции и анализов мочи.

Раздел 9. Заболевания системы пищеварения

1. Хронические заболевания верхних отделов органов пищеварения, и патология гепатобилиарной системы.
 2. Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь 12-п. кишки: клиническая диагностика и принципы лечения.
 3. Дискинезии желчевыводящих путей: виды, принципы диагностики и лечения.
- Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудка и 12-п. кишки, а также патологии гепатобилиарной системы.

Раздел 10. Геморрагические болезни

1. Геморрагический васкулит.
2. Капилляротоксический нефрит.
3. Осложнения. Лечение. Прогноз. Диспансерное наблюдение.
4. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).
5. Гемофилия. Классификация.
6. Клинические проявления в разные возрастные периоды.
7. Осложнения.
8. Неотложная терапия кровотечений в практике врача-стоматолога.

Раздел 11. Инфекционные болезни у детей

1. Острые респираторные заболевания у детей (вирусной и бактериальной природы).
2. Неотложная терапия при гипертермическом синдроме, бронхообструктивном синдроме, судорожном синдроме, синдроме крупа.
3. Скарлатина.
4. Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз.
5. Ангины.
6. Корь.
7. Краснуха.
8. Эпидемический паротит.
9. Острые вирусные гепатиты у детей.
10. Коклюш и паракоклюш.
11. Острые кишечные инфекции.

Раздел 12. Неотложные состояния в педиатрии

1. Неотложная терапия лихорадки
2. Неотложная аллергических реакций (т.ч. анафилактического шока)
3. Неотложная острого стенозирующего ларинготрахеита
4. Неотложная обструктивного и судорожного синдромов
5. Неотложная нейро и энтерального токсикозов

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решение задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты;

	- проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленный вопрос обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются не точности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов:

1. Кашель у детей. Принципы диагностика и лечения.
2. Суставной синдром у детей. Принципы диагностика и лечения.
3. Синдром дизурии у детей. Принципы диагностика и лечения.
4. Сыпь у детей. Дифференциальная диагностика.
5. Современные методы диагностики аномалий развития.
6. Лечебное питание при заболеваниях детского возраста.
7. Особенности детей раннего возраста с экссудативно-катаральным диатезом, рахитом, анемией.
8. Паразитарные заболевания у детей.
9. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста с рахитоподобными заболеваниями.

Критерии оценивания выполнения реферата

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;
Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества несущественных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовле-	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; от-

творитель- но	существование умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.
------------------	---

Типовые тесты по дисциплине

1. Масса тела у доношенных новорожденных в пределах:

- A. 1500,0-2000,0 гр
- B. 1950,0-2400,0 гр
- C. 2000,0-2300,0 гр
- D. 2700,0-4000,0 гр**
- E. 4000,0-4500,0 гр

2. Длина тела у доношенных новорожденных в пределах:

- A. 35-40 см
- B. 38-45 см
- C. 40-46 см
- D. 48-56 см**
- E. 56-60 см

3. Длина тела плода в первые 5 месяцев внутриутробного периода равна:

- A. утроенному сроку беременности в месяцах
- B. числу месяцев, умноженному 4
- C. квадрату месяца беременности**
- D. сроку беременности в неделях минус 5
- E. сроку беременности в неделях, умноженному 5

4. Средняя ежемесячная прибавка длины тела во II квартале у грудного ребенка:

- A. 1,0 см
- B. 1,5 см
- C. 2,5 см**
- D. 3,0 см
- E. 4,0 см

5. Средняя ежемесячная прибавка длины тела в I квартале у грудного ребенка:

- A. 1,0 см
- B. 1,5 см
- C. 2,5 см
- D. 3,0 см**
- E. 4,0 см

6. Средняя ежемесячная прибавка длины тела в III квартале у грудного ребенка:

- A. 1,0-1,5 см
- B. 1,5-2,0 см**
- C. 3,0-3,5 см
- D. 3,5-4,0 см
- E. 4,0-4,5 см

7. Средняя ежемесячная прибавка длины тела в IV квартале у грудного ребенка:

- A. 1,0 см**
- B. 1,5 см

- C. 2,0 см
- D. 3,5 см
- E. 4,0 см

8. Масса новорожденного ребенка удваивается к возрасту:

- A. 2,5-3,0 мес
- B. 3,0-3,5 мес
- C. 4,5-5,0 мес**
- D. 6,0-7,0 мес
- E. 6,5-7,5 мес

9. Масса новорожденного ребенка утраивается к возрасту :

- A. 5-6 мес
- B. 7-8 мес
- C. 8-9 мес
- D. 10-12 мес**
- E. 12-24 мес

10. При “физиологической убыли веса” у новорожденных максимальная потеря веса от массы тела при рождении составляет :

- A. 2-4%
- B. 5-3%
- C. 6-8%**
- D. 9-10%
- E. 10-11%

11. У плода кожные борозды на подошвах появляются:

- A. 14-18 нед
- B. 20-24 нед
- C. 25-27 нед
- D. 32-34 нед**
- E. 36-38 нед

12. В зернистом слое эпидермиса у новорожденных отсутствует:

- A. меланин
- B. гиалин
- C. кератогиалин**
- D. муцин
- E. гиалуронидаза

13. Содержание воды в эпидермисе кожи у новорожденного по сравнению со взрослым:

- A. меньше
- B. больше**
- C. одинаковое
- D. отсутствует
- E. незначительно меньше

13. В дерме у детей преобладает структура:

- A. волокнистая
- B. зернистая
- C. коллагеновая

D. клетчатая

Е. смешанная

14. Гистологически строение дермы приближается к таковому как у взрослых:

A. 1год

B. 3года

C. 6лет

D. 9 лет

E. 12лет

15. Внутриутробно ногти у плода появляются на :

A. 10нед

B. 12нед

C. 15нед

D. 20нед

E. 25нед

Критерии оценивания образовательных достижений для тестовых заданий

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных ответов	материал освоен не полностью, имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

Вопросы для подготовки к зачету

1. Физическое развитие здорового ребенка. Критерии оценки физического развития. Периоды детского возраста.
2. Возрастные особенности органов пищеварения у детей.
3. Динамика длины, массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы у детей на первом году жизни.
4. Синдром рвоты. Срыгивания. Пилороспазм и пилоростеноз.
5. Формулы для ориентировочного расчета массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки.
6. Синдром абдоминальной боли у детей (синдром «острого живота»).
7. Критерии оценки нервно-психического развития ребенка. Безусловные рефлексы новорожденного.
8. Синдром персистирующей диареи у детей (глутеновая энтеропатия). Клиника. Врачебная тактика.
9. АФО кожи и подкожно-жировой клетчатки. Туалет новорожденного. Правила купания детей.
10. Острые диарейные заболевания у детей. Определение степени дегидратации.
11. Понятие о физиологической желтухе.
12. Принципы оральной регидратации при острых диарейных заболеваниях.
13. АФО лимфатической системы. Понятие об иммунитете.
14. Понятие о естественном вскармливании, его преимуществах перед другими видами вскармливания. Иммунобиологическая ценность грудного молока.

15. Календарь профилактических прививок.
16. Правила естественного вскармливания: способы определения суточного количества молока.
17. АФО костной системы. Рахит: этиология, клиническая характеристика периодов заболевания. Профилактика.
18. Сроки и правила введения прикормов.
19. Сроки введения прикормов у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Понятие о смешанном вскармливании.
20. Пиелонефрит Этиология. Клинические проявления. Диагностика.
21. Возрастные особенности органов дыхания, семиотика дыхания, семиотика поражения.
22. Гломерулонефрит у детей. Ведущие синдромы.
23. Понятие об острых пневмониях у детей. Этиология. Клинические проявления.
24. ОРВИ у детей (общая характеристика основных синдромов (катаральный, нейротоксический, бронхообструктивный)).
25. Респираторные аллергозы у детей. Бронхиальная астма, неотложные мероприятия.
26. ОРВИ у детей. Синдром крупа. Клинические проявления. Неотложные мероприятия.
27. Пищевая аллергия, клинические проявления. Лечение. Профилактика.
28. Ангины у детей (стрептококковая ангина, ангина при дифтерии, скарлатине, инфекционном мононуклеозе). Клинические проявления.
29. Классификация врожденных пороков сердца.
30. Ветряная оспа. Этиология. Клиника.
31. Ревматизм. Этиология. Клинические проявления. «Большие» и «малые» критерии ревматизма.
32. Корь. Этиология. Клиника.
33. АФО органов кроветворения у детей. Показатели периферической крови в различные возрастные периоды.
34. Краснуха. Этиология. Клиника.
35. Железо – дефицитная анемия у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Профилактика. Эпидемический паротит. Этиология. Клиника.

Критерии оценивания на зачете

Шкала оценивания	Показатели
Зачтено	Достаточный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе используется научная терминология. Стилистическое и логическое изложение ответа на вопрос правильное Умеет делать выводы без существенных ошибок Владеет инструментарием изучаемой дисциплины, умеет его использовать в решении стандартных (типовых) задач. Ориентируется в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Активен на практических (лабораторных) занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

Не зачтено	Не достаточно полный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе не используется научная терминология. Изложение ответа на вопрос с существенными стилистическими и логическими ошибками. Не умеет делать выводы по результатам изучения дисциплины Слабое владение инструментарием изучаемой дисциплины, не компетентность в решении стандартных (типовых) задач. Не умеет ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Пассивность на практических (лабораторных) занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий. Не сформированы компетенции, умения и навыки. Отказ от ответа или отсутствие ответа.
------------	--

Ситуационные задачи

Задача № 1 ОПК 9

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом. *Из анамнеза известно*, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. *Во время осмотра* участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар. *При осмотре в клинике* ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0х2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нб - 120 г/л. Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,83, Лейк - $7,2 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л (норма – 1,1-1,2), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма – 2,2-2,7), фосфор – 1,3 ммоль/л (норма – 1,3-2,1), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность - прозрачная, белок - 160 мг/л, цитоз - 2 в 3 мкл: нейтрофилы - 0%, лимфоциты - 2%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
5. Чем опасен судорожный синдром?

Задача № 2 ОПК 4, 9

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы - 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована - "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС - 136 уд/мин. Печень + 4 см из-под реберного края. Селезенка - +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $7,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор 1,1 ммоль/л, ЩФ - 950 Ед/л (норма - до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

1. Ваш диагноз?
2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?
3. Ваши представления о патогенезе заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Как проводить лечение?

Задача № 3 ОПК 9

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами. Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D₂. Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развер-

нута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - 3, $3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,8, Ретик. -2%, Лейк. - $7,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения кислотно-основного обмена, уровня кальция и фосфора в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?
4. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
5. Какова терапия этого заболевания?

Задача № 4 ОПК 4, 9

Мальчик 3 года. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2600 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. С 5 месяцев отмечаются локальные проявления атопического дерматита. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые протекают с длительным кашлем, носовое дыхание постоянно затруднено. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. **Семейный анамнез:** у матери ребенка – сезонный аллергический риноконъюнктивит, пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. На третий день болезни появилась одышка, затрудненное свистящее дыхание. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка близко к тяжелому. Выражены бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, слезотечение, ринорея. Кашель влажный, малопродуктивный. Температура тела 37,2°C. Грудная клетка бочкообразно вздута, перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие свистящие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдох, выдох резко удлинен, ЧД - 38 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр- $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 16 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: повышена пневматизация легких, отмечается усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Напишите план диспансерного наблюдения.

5. Каков прогноз у ребенка и какую информацию следует донести до курящих родителей?

Задача № 5 ОПК 9

Мальчик 9 лет, заболел остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой навязчивый болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние среднетяжелое, жалобы на головную боль, сухой навязчивый кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, конъюнктивы отечны, гиперемизированы. Пальпируются передне- и заднешейные лимфатические лимфоузлы, множественные, мелкие, плотные. Дыхание хрипящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нб – 115 г/л, Лейк – 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается негетогенное затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя и средняя доля правого легкого вздута, повышена пневматизация. Слева отмечается усиление легочного рисунка. Тень средостения расположена срединно.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Задача № 6 ОПК - 9

Девочка 5 лет, осмотрена врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. **Из анамнеза** известно, что девочка больна в течение 4 дней, когда появились катаральные явления и повысилась температура до 39,4°C. Мама давала ребенку жаропонижающие препараты, эффект кратковременный, снижение температуры кратковременное, затем вновь подъем до 38,8-39°C. Накануне мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб, боли в правом боку. Ночь провела беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность девочки, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), 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. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Общий анализ крови: Нб - 134 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $16,2 \times 10^9/л$, юные нейтрофилы - 2%, п/я - 8%, с - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ 22 мм/час.

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

1. Обоснуйте диагноз у данного больного.
2. О какой этиологии заболевания следует думать в данном клиническом случае?

Чем обусловлена тяжесть заболевания?

3. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
4. Назначьте лечение, окажите помощь больному с гипертермией.
5. Назовите критерии выздоровления.

Задача № 7 ОПК- 9

Мальчик 8 лет, поступил с жалобами на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки. От 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде от меконияльного илеуса). Болен с рождения: постоянный кашель, на 1-м году трижды перенес пневмонию. Затем неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Симптомы "часовых стекол" и "бараньих палочек". ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень +6 см, селезенка не пальпируется. Стул обильный, жирный, замазкообразный.

Клинический анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ - 45 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, альфа 1 - глобулины - 9%, альфа 2 - глобулины - 15%, β-глобулины - 10,5%, γ-глобулины - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ - ++, ЩФ - 850 Ед/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Потовый тест (анализатор «Macroduct»): проводимость хлоридов пота - 120 ммоль/л. **Копрограмма:** большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце". **УЗИ органов брюшной полости:** печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа - 15х8х25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

1. Обоснуйте диагноз. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
3. Составьте план дальнейшего обследования.
4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Задача № 8 ОПК - 9

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

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит коровье молоко, рыбу (на коже появляются высыпания). С 3 лет посещает детский сад, после чего болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно, эпизоды свистящего затрудненного дыхания отмечаются 1-2 раза в неделю. Приступы кашля при физической нагрузке, в ночное время 3-4 раза в месяц. Постоянно нарушено носовое дыхание.

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД - 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

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

1. Сформулируйте диагноз, оцените тяжесть течения заболевания и уровень контроля.
2. Окажите неотложную помощь ребенку с приступом удушья
3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
4. Назначьте базисную терапию.
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Задача № 9 ОПК- 9

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 2 лет. Перенес ветряную оспу, частые ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки. Отеки нарастали, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, бледный, обширные отеки всего туловища, влажный кашель, температура 37,3°C. Границы сердца расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах, ЧД - 35 в мин. Живот увеличен в объеме. Пальпаторно и перкуторно - асцит. Печень + 4 см. Селезенка по краю реберной дуги. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи.

Общий анализ крови: Hb 160 г/л, Эр - $5,2 \times 10^{12}/л$, Тромб. $416,0 \times 10^9/л$, Лейк - $9,8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 36%, л - 54%, СОЭ - 56 мм/ч. **Общий анализ мочи:** моча соломенно-желтая, мутная,

относительная плотность - 1018, белок – 8 г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр, восковидные 2-3 в п/зр. Суточная протеинурия 5 г.

Биохимический анализ крови: общий белок - 40 г/л, альбумины – 40 %, α 1-глобулины – 5 %, α 2-глобулины – 32 %, β -глобулины – 16 %, γ -глобулины – 7 %, холестерин – 16 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, креатинин – 130 мкмоль/л. **Клиренс по эндогенному креатинину:** 60,0 мл/мин. **Коагулограмма:** фибриноген - 8 г/л, протромбиновый индекс – 150%. **УЗИ почек:** почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование, назовите функциональные методы исследования почек.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обозначьте механизм развития отеков при данном заболевании. Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
5. Назначьте лечение.

Задача № 10 ОПК- 9

Девочка 9 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38°C. Болеет 3-й день. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г., период новорожденности без особенностей. Болела ОРВИ, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощен.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38,5°C. Тоны сердца ритмичные, ясные, тахикардия до 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный над лобком и в боковых отделах. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: Нб - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 63%, л - 25%, э – 2 %, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 150 мл, мутная, желтая, белок – 33 мг/л, лейкоциты – 30-60 в п/зр., эритроциты – 5-6 в п/зр.

Бак. посев мочи: высеяна кишечная палочка (1 млн. бактерий в 1 мл мочи), чувствительная к амоксиклаву, цефалоспорином 2 и 3 поколения, фурагину.

УЗИ почек: без патологии.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и расскажите, как нужно оценить его эффективность.
4. Какой будет Ваша тактика, если процесс примет рецидивирующий характер?
5. Длительность диспансерного наблюдения, обследование и лечение в период диспансеризации. Когда можно снять с диспансерного учета?

Задача № 11 ОПК- 9

Мальчик 4 лет, от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно: зубы с 8 месяцев, ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1 года 6 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D2. Часто болеет ОРВИ. **Семейный анамнез:** у матери и у бабушки с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; отец здоров. В 1 год 6

месяцев у ребенка появилась умеренная О-образная деформацию голеней, боли в ногах, стал меньше ходить. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация голеней нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D; в курсовой дозе 600 000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет направлен на консультацию к нефрологу.

При поступлении жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост 87 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония. **Общий анализ крови:** Hb - 132 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,0 \times 10^9/л$, Тромб. - $280,0 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 33%, э - 1%, л - 52%, м - 12%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, ЩФ - 2200 ед, кальций общий - 2,3 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, мочева кислота - 0,31 ммоль/л, мочевины - 4,6 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд. вес 1025, лейкоциты – 2-3 в п/зр. **Биохимический анализ мочи:** фосфор - 40 ммоль/сут (норма 6,4-16 ммоль/сут), кальций - 3,8 ммоль/сут (норма - 2,25 - 7,25).

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 80x25x10 мм, правая - 82x24x11 мм. Эхогенность паренхимы не изменена. **Рентгенография трубчатых костей:** общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, блюдцеобразная деформация эпифизов; расширение метафизов, больше в медиальных отделах; склерозирование диафизов.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите причину и патогенез заболевания. Когда появляются первые симптомы?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Назовите основные принципы лечения больного.
5. План диспансеризации, вопросы социальной реабилитации, исход.

Задача № 12 ОПК- 9

В отделение нефрологии поступил мальчик 5 лет. Мама предъявляет жалобы на красный цвет мочи, изменение цвета мочи выявлено в последние 2 дня. Известно, что дедушка ребенка по материнской линии умер в возрасте 50 лет от терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Хроническим гломерулонефритом, гематурической формой болен родной старший брат, нефробиопсия не проводилась. Также у старшего брата выявлена тугоухость.

Состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не изменено. Физическое развитие среднее. Отеков не выявлено. Кожные покровы чистые. Над легкими дыхание проводится по всем полям без ослаблений и хрипов. ЧСС 85 в минуту, тоны ритмичные и ясные. АД 96/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по XII ребру отрицателен с 2-х сторон. Моча красного цвета. Мочится свободно, 7-8 раз в сутки, безболезненно. Энуреза нет.

Клинический анализ крови: Hb 122 г/л, эритроц. $5,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $4,7 \times 10^9/л$, тромбоц. $244 \times 10^9/л$, п1 с37 э1 б2 л55 СОЭ 8 мм/ч.

О.а.мочи: 150 мл, цвет красный, белок 0,4 г/л, глюкоза-отриц., эритроц.измен. - сплошь все поля зрения, лейкоциты 1-2 в п/зр.

Биохимия крови: общий белок 67 г/л, альбумины 58%, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л.

Проба Зимницкого: дневной диурез 700 мл, ночной диурез 350 мл. Минимальная отн.плотность 1001, максимальная отн. плотность 1022.

УЗИ почек: обе почки не увеличены в размерах, ЧЛС не расширена, паренхима не изменена.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.

4. Назовите принципы терапии данного заболевания.
5. Какие виды наследования этого заболевания Вы знаете, и какой вид наследования имеет место в данном случае.

Задача № 13 ОПК 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.

Две недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C , появились боли в горле. Выставлен диагноз лакунарной ангины, назначен оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи, симметрично расположена. 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: Нв-110г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. -0,9, Тромб. -435, Лейк. - $10,5 \times 10^9/\text{л}$, юные -1%, п/я -5%, с -57%, э -2%, л- 28%, м -7%, СОЭ- 25мм/ч.

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

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
3. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни?
4. Составьте план лечения больного.
5. Возможно ли развитие ДВС-синдрома при данном заболевании. Принципы оказания помощи.

Задача № 14 ОПК 9

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

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них.

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

Общий анализ крови: Нв-100г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Ретик - 3%, Тромб. - 300, Лейк. - $8,3 \times 10^9/\text{л}$, п/я - 3%, с - 63%, э -3%, л- 22%, м - 9%, СОЭ- 12 мм/ч.

Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30сек.

Время свертывания крови по Ли – Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

Задача № 15 ОПК 9

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

В течении последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

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

Общий анализ крови: Нв-86г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб. – единичные, Лейк. – $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены.

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

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

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

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Объясните патогенез клинических симптомов.

Задача № 16 ОПК 9

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

В течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура фебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

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

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки -2%, гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%, мегакариоциты – не найдены.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, удельный вес – 1018, белок – следы, эпителий плоский – 2-4 в п/з, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – 25-30 в п/з, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерии – нет.

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. Приведите классификацию данного заболевания.
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этой больной?

Задача № 17 ОПК 4, 9

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0, +1, в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

Общий анализ крови: Нб - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ -140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (++).

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, билиарный сладж. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте диагностический алгоритм. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспресс-диагностика?
3. Что такое синдром Менделя?
4. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете? Назначьте диету по Певзнеру.
5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.

Задача № 18 ОПК 9

Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью стул до 5-6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко - сгустки, за последние 3 недели примесь крови в кале постоянная. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) - гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень+1,5; +2; в/з, плотновата, симптомы Мерфи, Кера – (+).

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

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л, железо-7 мкмоль/л, ОЖСС-79 мкмоль/л (норма 36-72), СРВ (++).

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегersona. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок, выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмы и прямой кишки гиперемирована, контактная кровоточивость. Лестничная биопсия.

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

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда. Каковы эндоскопические различия между Болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом?
3. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
4. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
5. Назначьте лечение.

Задача № 19 ОПК 9

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

атит, сахарный диабет.

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

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

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 120 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л, СРБ (+).

Диастаза мочи: 128 ед (норма 32-64).

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

Ретроградная холепанкреатография: внепеченочные и внутрипеченочные протоки не расширены. Длина и диаметр пузырного протока не изменены, Вирсунгов проток расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какова причина заболевания в данном случае?
2. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Укажите показания к ретроградной холепанкреатографии. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Дайте рекомендации по диетотерапии. Напишите план лечения данного ребенка.
5. В каких случаях требуется хирургическое лечение? Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

Критерии оценивания решения ситуационной задачи

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения ситуационной задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное решение ситуационной задачи.
	«4» (хорошо) – в целом ситуационная задача решена, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при решении ситуационной задачи.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, ситуационная задача не решена или решена не верно.

