



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Госпитальная педиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): Кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В.Дмитриев	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой
Р.А.Гудков	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А.Белых	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
И.Н.Лебедева	К.м.н.	ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой»	Главный врач, главный внештатный педиатр

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры тестовых заданий:

1. При гиперацидности не характерны:
А) ПОНОС;
Б) ТОЩАКОВАЯ БОЛЬ В ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЕ;
В) ЗАПОР;
Г) ОБЛОЖЕННОСТЬ ЯЗЫКА.
2. Причиной антрального гастрита не является:
А) ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС;
Б) ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА;
В) ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ;
Г) ГИПЕРАЦИДНОСТЬ.

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Назовите основные причины язвенно-эрозивных поражений верхних отделов пищеварительного тракта у детей.
2. Какова тактика обследования и лечения при гормонорезистентности при нефротическом синдроме у детей?

3. Анемии у детей: определение, классификации, критерии диагностики, виды анемий.

Критерии оценки для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач с эталонами ответов

Задача 1	Задание	Ответ
Девочка 12 лет переболела ОРВИ, принимала аспирин, бромгексин, бисептол, была выписана в школу. Через 5 дней отмечено интенсивное носовое кровотечение. Была вызвана скорая помощь. Анамнез: Родилась от I беременности, протекавшей с анемией, родов на 38 неделе с весом 3250 г. и длиной тела 53 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. Развивалась нормально. До года отмечался атопический	<ol style="list-style-type: none">1. Что можно ожидать в общем анализе крови.2. Поставьте предварительный диагноз.3. Обоснуйте диагноз. С чем можно дифференцировать заболевание?4. Проведите дифференциальный диагноз.5. Какая может быть этиология данной болезни?6. Какие лабораторные тесты исследования гемостаза Вы знаете?7. Назовите основные направления терапии данного заболевания.8. Перечислите гемостатические средства с указанием механизма их действия.	<ol style="list-style-type: none">1. Можно ожидать анемию, тромбоцитопению2. С учетом наличия геморрагического синдрома по пятыхиально-синячковому типу кровоточивости, снижения уровня тромбоцитов в анализе крови ниже $100 \times 10^9 / \text{л}$ имеет место тромбоцитопения.3. С учетом отсутствия симптомов опухолевой интоксикации, лимфоаденопатии, гепатоспленомегалии, вероятнее всего имеет место впервые выявленная иммунная тромбоцитопения.4. С целью дифференциальной диагностики требуется исключить все возможные причины для развития вторичной тромбоцитопении: ВИЧ-инфекция, гепатиты, лейкемии, СКВ и т.д. Для этого требуется проведение лабораторных исследований (миелограмма, кровь на гепатит, волчаночные

<p>дерматит. Грудное вскармливание до 6 месяцев. При осмотре: Температура тела 36,5°C. Кожа бледная. На шее, животе, бёдрах имеются петехии от точечных до 4 мм, на передней поверхности голеней и ягодицах - несколько экхимозов. По задней стенке зева – сгустки крови, прожилки алой крови. На слизистой щеки несколько подслизистых кровоизлияний. В правом носовом ходу кровянистый сгусток. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 102 в 1 минуту. Живот безболезненный. Печень – по реберному краю. Была госпитализирована. Обследована: Анализ крови Нв 105 г/л, L 4,5x10⁹/л, Тр. 20x10⁹/л, СОЭ 19 мм/ч</p>	<p>9. Какие могут развиваться неотложные состояния? Их терапия. 10. Каков прогноз заболевания?</p>	<p>клетки и т.д.). При исключении всех других возможных причин для тромбоцитопении диагностируется ИТ. 5. Аутоиммунное заболевание. 6. Определение уровня тромбоцитов, не ниже 100x10⁹/л, определение длительности кровотечения по Дьюку, не более 3 минут. 7. Подъем и поддержание уровня тромбоцитов на «безопасном» уровне, выше 30x10⁹/л. Препаратами выбора для детей первых трех лет являются ВВИГ в иммуносупрессивной дозе 1-2 гр/кг/сутки в 1 или 2 введения. Примеры ВВИГ «Октагам», а также курсы ГКС различными схемами. 8. Аминокапроновая кислота, дицинон. 9. Кровотечения различной локализации (маточное, почечное, желудочно-кишечное и др.). Самым грозным осложнением является кровоизлияние в головной мозг, возникающее у 10% больных, с уровнем тромбоцитов менее 30x10⁹/л. 10. Благоприятный, 75% детей восстанавливают нормальный уровень тромбоцитов после первого введения ВВИГ</p>
<p>Задача 2</p>	<p>Задание</p>	<p>Ответ</p>

<p>Девочка 12 лет была направлена участковым педиатром в областную больницу. Жалобы на припухание и боли в голеностопных суставах, боли в животе. Больна третий день, за 10 дней до этого перенесла острое респираторное заболевание. Анамнез: Родилась от II беременности, протекавшей с токсикозом 2 половины, гестационным пиелонефритом, I срочных родов, с весом 4150 г, рост 55 см., 8/9 баллов по шкале Апгар. На первом году жизни страдала атопическим дерматитом, в последующем - болела не часто. У тётки по линии матери хронический гломерулонефрит. При осмотре. Температура тела 36,5°C. Кожа нормального цвета. Голеностопные суставы отёчные, болезненные на ощупь. На стопах и голенях распространённая сыпь красновато-синюшного цвета от 3 мм до 2 см. Единичные мелкие элементы имеются на бёдрах. Зев слабо гиперемирован, нёбные миндалины слегка выступают за передние дужки, «рыхловатые». Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в 1 минуту. Артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. После измерения давления в области наложения манжетки появились небольшие синяки. Живот недоступен пальпации из-за болезненности. Печень</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Какие синдромы присутствуют? 2. Поставьте диагноз. 3. Обоснуйте диагноз. 4. Назначьте необходимое лабораторно-инструментальное обследование и консультации. 5. Проведите дифференциальный диагноз. 6. Какие лабораторные тесты исследования гемостаза Вы знаете? 7. Назначьте лечение с указанием конкретных препаратов, доз и длительности назначений. 8. Что является показание к назначению глюкокортикостероидов при данном заболевании? 9. Составьте план диспансеризации. 10. Каков прогноз заболевания? Что определяет прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. У ребенка присутствует кожный геморрагический синдром по васкулитно-пурпурному типу кровоточивости, суставной и абдоминальный синдромы. 2. геморрагический васкулит (ГВ), смешанная форма, средней степени тяжести, острое течение. 3. Сочетание указанных синдромов, при отсутствии интоксикации, лихорадки, гепатоспленомегалии дает основание поставить диагноз ГВ. 4. Необходимо оценить вовлечение в патологический процесс почек, ЖКТ. Обязательно проводится общий анализ мочи, общий анализ крови+тромбоциты, биохимический анализ крови, проба Зимницкого, ФГДС, УЗИ брюшной полости. 5. Дифференциальный диагноз проводится с другими васкулитами (болезнь Кавасакаи), острой хирургической патологией, ревматоидным артритом. 6. Определение протромбина, фибриногена, АЧТВ. 7. В терапии используется гепартн в дозе 300-400 МЕ/кг/сутки в/в капельно или под кожу живота, разделенное на 4 приема, курантил по 25 мг 2-3 раза в день, инфузионная терапия (физ. раствор 200,0 мл+ новокаин 50,0 мл+ никотиновая кислота 10,0 мл) на все время выраженного абдоминального синдрома. 8. Показанием является тяжелые гиперергические
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>определяется по реберному краю. Стул был накануне нормальный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные, моча светлая. Обследована: В общем анализе крови Эр-$4,3 \times 10^{12}$, Нб-127 г/л, L-$12,2 \times 10^6$, Э-4, П-5, С-63, Л-23, М-5%, СОЭ-31 мм/ч, время свёртывания крови – не нарушено.</p>		<p>формы заболевания, почечные формы. 9. После перенесенного ГВ ребенок наблюдается педиатром, мед.отвод от вакцинации на 3 года, включая р. Манту. 10. Прогноз благоприятный, определяющийся отсутствием осложнений, в том числе развитием специфического нефрита.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Задача 3	Задачи	Ответ
<p>У мальчика 7 лет во время лечения у стоматолога после экстракции больного молочного зуба длительно не останавливалось кровотечение. При расспросе мать отметила, что у ребёнка бывают продолжительные носовые кровотечения. Была произведена тампонада лунки с гемостатической губкой и рекомендовано обратиться к педиатру. Анамнез: Ребёнок усыновлённый, из семьи вынужденных переселенцев, последние несколько лет за медицинской помощью не обращались. Ранний анамнез не известен. Известно, что брат ребёнка погиб от тупой травмы живота. Сведений о вакцинации ребёнка нет. При осмотре: Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, два крупных синяка на нижних конечностях. Правый коленный сустав шарообразной формы, безболезненный, плотный на ощупь. Сгибание в суставе ограничено на 20°. Также имеется нерезко выраженная дефигурация правого локтевого сустава и ограничение сгибания в нём. Зев спокойный. Пальпируются подчелюстные лимфатические</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Перечислите возможные и имеющиеся осложнения. 3. Перечислите методы исследования гемостаза. Назначьте план обследования. 4. Назначьте лечение. Какие возможны осложнения лечения? 5. Какие возможны неотложные состояния? Возможности экстренной помощи. 6. Определите тактику в отношении вакцинации. 7. Каков прогноз заболевания? Какие факторы определяют прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. У ребенка имеет место коагулопатия, вероятнее всего гемофилия. Имеет место характерный гематомный тип кровоточивости: длительно не останавливающиеся носовые, десневые кровотечения, признаки гемартроза, синяки на коже. Болезнь у мальчика, брат умер от травмы живота (внутреннее кровотечение?) 2. Постгеморрагическая артропатия, контрактура сустава, постгеморрагическая анемия 3. Коагулограмма, определение содержание в крови 8 или 9 факторов свертывания крови. 4. Коагулограмма, определение содержание в крови 8 или 9 факторов свертывания крови, УЗИ сустава 5. Заместительная терапия фактором свертывания. 6. Неотложные состояния: кровотечения, межмышечные и межфасциальные гематомы, постгеморрагические анемия. 7. Вакцинация пероральными вакцинами, возможно подкожное введение вакцин под «прикрытием» факторов свертывания крови.

узлы до 2 см. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального тембра на верхушке, ЧСС 102 в 1 минуту. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст. Живот безболезненный. Печень определяется на 1,5 см. ниже реберного края. Стул регулярный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные. Обследован: в общем анализе крови Эр- $3,4 \times 10^{12}$, Нб-106 г/л, Тр- $259,2 \times 10^6$, L- $5,2 \times 10^6$, Э-1, П-1, С-41, Л-53, М-4%, СОЭ-12 мм/ч. На УЗИ брюшной полости внутренние органы не изменены.		8. Прогноз: пожизненное заместительное введение недостающего фактора. Тяжесть заболевания определяется уровнем фактора 8 или 9, тяжелые формы-при концентрации фактора менее 2%;
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов

№ тем	Раздел, темы рефератов
1	Введение в госпитальную педиатрию.
	Обзор госпитальных штаммов бактерий. Стационарзамещающие и модифицирующие технологии.
2	Гастроэнтерология
2.1	Кандидоз желудочно-кишечного тракта. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Обзор прокинетиков в педиатрической практике.
2.2	Язвенно-эрозивные поражения у реанимационных и хирургических пациентов. Стероидные гастроэнтеропатии.
2.3	Атероматоз желчного пузыря. Медикаментозный холестаз. Постхолестазэктомический синдром.
2.4	Дефицит альфа 1 антитрипсина. Болезнь Вильсона-Коновалова. Печёночная энцефалопатия.
2.5	Запоры у тяжёлых неврологических и длительно иммобилизированных пациентов.

2.6	Эндоскопическое исследование кишечника. Нутритивная коррекция мальабсорбции. Патология ферментации углеводов. Экссудативная энтеропатия.
2.7	Неопределённый колит. Внекишечные проявления болезни Крона. Синдром короткой кишки после колонэктомии при болезни Гиршпрунга.
3	Нефрология
3.1	Радиоизотопные методы в нефрологии. Нефропротекция. Клапан задней уретры.
3.2	Уретриты. Урогенитальный кандидоз.
3.3	Уратная нефропатия. Кадмиевая нефропатия. Анальгетическая нефропатия.
3.4	Синдром Бартера. Синдром Лоу. Коррекция фосфатурии.
3.5	Мембранозная нефропатия. Нефротический синдром при вторичном поражении почек. Преодоление гормонозависимости. Профилактика стероидных осложнений.
3.6	Клинико-морфологические параллели при гломерулонефритах. Наследственный нефрит Альпорта.
3.7	АГУС ассоциированный с пневмококковой инфекцией. Выбор и осложнения при перитонеальном диализе. Синдром Машковица.
3.8	Коррекция нарушений обмена фосфора при ХПН и диализе. Выбор и дозирование антибиотиков у пациентов с ХПН и на диализе.
3.9	Спинальный мочевой пузырь. Вторичный энурез у психоневрологических больных.
4	Пульмонология
4.1	Стафилококковая деструктивная пневмония. Метаплеврит. Дифференциальный диагноз пневмонитов (не инфекционных очаговых поражений).
4.2	Хроническое инородное тело бронха. Лёгочные формы ANCA-вакулитов (синдром Чардж-Стросса).
4.4	Аспирационный синдром у детей с БЛД. Центральные формы респираторных нарушений. Обзор препаратов сурфактанта.
4.5	Обзор аппаратуры для респираторной поддержки. Осложнения при ИВЛ. Профилактика инфекций при ИВЛ.
5	Кардиология
5.1	Двухстворчатый аортальный клапан. Неинфекционные причины эндокардита. Обзор новых препаратов для терапии легочной гипертензии.
5.2	Обзор новых препаратов для лечения недостаточности кровообращения. Патология печени при хронической сердечной недостаточности.
5.3	Систолическая гипертензия у подростков-спортсменов. Обзор новых гипотензивных препаратов. Артериальная гипертензия у детей с ожирением.
5.4	Гипертрофическая кардиомиопатия (субаортальный стеноз). Рестриктивная кардиомиопатия (эндомиокардиальный фиброз). Аритмогенная дисплазия правого желудочка (болезнь Фонтана). Медикаментозные кардиомиопатии.
5.5	Обзор новых антиаритмических препаратов. WPW синдром.
6	Ревматология
6.1	PANDAS-синдром. Сравнительный обзор пролонгированных пенициллинов. Терапия ревматической хореи. Изолированные формы ревматических узелков и кольцевидной эритемы.
6.2	Узловая эритема. Синдром Гудпасчера.
6.3	Синдром Рейтера. Виллонодулёзный артрит. Невоспалительные хронические артропатии.
6.4	Синдром Эванса-Фишера. Синдром Шёгрена. Очаговые склеродермии. Редкие формы склеродермии. Органные поражения при дерматомиозите. Подострая красная волчанка.

7	Прочие темы
7.1	Вопросы эндокринологии. Не аутоиммунный сахарный диабет. Диабет при муковисцидозе. Стероидный диабет. Выбор раствора при лечении кетоацидоза. Возможности терапии отёка мозга при кетоацидозе. Сопровождение при экзогенном гиперкортицизме. Спазмофилия.
7.2	Белково-энергетическая недостаточность. Гиперкалорийные смеси. Микронутриентная поддержка при парэнтеральном питании. Белково-энергетическая недостаточность у онкологических пациентов на химиотерапии. Обзор новых продуктов для энтерального питания.
7.3	Вопросы онкологии и гематологии. Саркома Юинга. Тератомы. Хронические ювенильные лейкозы. Редкие формы лейкозов. Синдром лизиса опухоли. Коррекция коагулопатий. Медикаментозные тромбоцитопатии. Анемии при мальабсорбции. Алиментарные анемии смешанного и не связанного с железodefицитом характера. Анемия при системных аутоиммунных заболеваниях. Апластические анемии при генетических заболеваниях. Редкие не инфекционные причины генерализованных лимфаденопатий у детей.
7.4	Генетическая патология. Митохондриальные синдромы. Аминацидурии. Генетические синдромы с нарушением нервно-психического развития.
7.5	Критические состояния и интенсивная терапия. Обзор инфузионных растворов. Диагностика и терапия острой печёночной недостаточности. Константация биологической смерти. Проблема эвтаназии и реанимации некурабельных пациентов.
7.6	Сочетанная патология у недоношенных. Сочетанная патология у детей с ДЦП. Классификация врачебных ошибок. Эпидемиология медикаментозных осложнений (мировой опыт мониторинга и современные данные).

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников

Критерии оценки самостоятельной работы

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль

выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: имеются признаки плагиата (возможна проверка в системе «Антиплагиат»), оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины.

Формы промежуточной аттестации в 9 семестре – зачёт, в 10 семестре – экзамен.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет – результат промежуточной аттестации за 9 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Госпитальная педиатрия», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 30 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования. Билет состоит из 3 вопросов. В качестве одного из вопросов возможно использование ситуационной задачи. Экзаменатор может задать студенту дополнительные вопросы. Ответ оценивается по 5 балльной системе. Критерии оценивания:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Госпитальная педиатрия»**

ПК-5

Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

ПК-6

Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Комплексное освоение компетенций:

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Вопросы для собеседования:

Раздел 1. Введение в госпитальную педиатрию

1. Бактериальный мониторинг.

Раздел 2. Гастроэнтерология

2. Дифференциальная диагностика и тактика ведения при болевом абдоминальном синдроме у детей раннего возраста.
3. Дифференциальная диагностика и тактика ведения при болевом абдоминальном синдроме у детей старшего возраста.
4. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей старшего возраста с рецидивирующим и хроническим течением абдоминального болевого синдрома.
5. Основные клинические формы, дифференциальная диагностика детей раннего возраста с гастроэнтерологическими проявлениями пищевой аллергии.
6. Основные формы функциональной патологии пищеварительного тракта у детей раннего возраста и общие вопросы её дифференциальной диагностики.
7. Дифференциальная диагностика функциональной патологии пищеварительного тракта у детей дошкольного и школьного возраста.
8. Дифференциальная диагностика детей раннего возраста с синдромом срыгивания и рвоты.
9. Дифференциальная диагностика и ведение детей старшего возраста с синдромом рвоты.
10. Дифференциальная диагностика и ведение детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и эзофагитами.
11. Показания для эзофагогастродуоденоскопии и дифференциальная диагностика и ведение пациентов при выявлении у них гастрита и дуоденита.
12. Медикаментозные гастро-энтеропатии: группы риска, профилактика.
13. Диагностика хеликобактерной инфекции.
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей: дифференциальная диагностика.

15. Дифференциальная диагностика и ведение детей с язвенно-эрозивными поражениями верхних отделов пищеварительного тракта.
16. Дифференциальная диагностика у детей с желудочно-кишечными кровотечениями.
17. Дифференциальная диагностика у детей раннего возраста с синдромом желтухи.
18. Дифференциальная диагностика у детей старшего возраста с гипербилирубинемией.
19. Дифференциальная диагностика у детей с гепатомегалией.
20. Дифференциальная диагностика у детей со спленомегалией.
21. Дифференциальная диагностика у детей с гепатоспленомегалией.
22. Дифференциальная диагностика функциональных нарушений билиарного тракта: основные варианты, обследование.
23. Дифференциальная диагностика у детей с печёночным цитолитическим синдромом.
24. Дифференциальная диагностика у детей с хроническим гепатитом и циррозом печени.
25. Дифференциальная диагностика у детей с панкреатитом.
26. Дифференциальная диагностика врождённых заболеваний гепато-билиарной системы.
27. Портальная гипертензия: синдромология, дифференциальная диагностика причин.
28. Печёночная недостаточность: синдромология, дифференциальная диагностика причин.
29. Дифференциальная диагностика у детей с хронической диареей.
30. Дифференциальная диагностика у детей с хроническим запором.
31. Дифференциальная диагностика у детей с синдромом мальабсорбции.
32. Дифференциальная диагностика у детей с синдромом раздражённой кишки.
33. Целиакия: синдромология.
34. Гастроэнтерологические проявления муковисцидоза: синдромология.
35. Дифференциальная диагностика у детей с воспалительными заболеваниями кишечника.
36. Диагностика у детей с болезнью Крона
37. Диагностика у детей с язвенным колитом.

Раздел 3. Нефрология

38. Диагностика у детей с врождённой патологией мочевыделительной системы.
39. Значение инструментальных методов исследования в дифференциальной диагностике заболеваний мочевыделительной системы.
40. Диагностика пиелонефрита у детей раннего возраста.
41. Обследование детей с хроническим пиелонефритом.
42. Особенности пиелонефрита при пузырно-мочеточниковом рефлюксе и обструктивных уропатиях.
43. Дифференциальная диагностика инфекций мочевой системы.
44. Дифференциальная диагностика острого тубуло-интерстициального повреждения и нефрита у детей.
45. Дифференциальная диагностика дисметаболических нефропатий и мочекаменной болезни у детей.
46. Дифференциальная диагностика наиболее частых наследственных тубулопатий.
47. Лекарственные и токсические нефропатии: этиология, дифференциальная диагностика.
48. Дифференциальная диагностика гломерулонефритов у детей.
49. Постинфекционный гломерулонефрит: диагностика.
50. Дифференциальная диагностика у детей с нефритическим синдромом.
51. Дифференциальная диагностика у детей с синдромом гематурии.
52. Дифференциальная диагностика при изолированном мочевом синдроме у детей.
53. Дифференциальная диагностика отёчного синдрома у детей.
54. Нефротический синдром у детей: диагностика.
55. Гормоночувствительный нефротический синдром: диагностика.
56. Гормонорезистентный нефротический синдром: диагностика.

57. Острая почечная недостаточность и острое почечное повреждение у детей: основные причины и их дифференциальный диагноз.
58. Диагностика у детей при гемолитико-уремическом синдроме.
59. Хроническая болезнь почек и хроническая почечная недостаточность у детей: основные причины, синдромология и диагностика.
60. Основные синдромы при хронической почечной недостаточности.

Раздел 4. Пульмонология

61. Врожденные и наследственные заболевания бронхо-лёгочной системы у детей: дифференциальная диагностика.
62. Дифференциальная диагностика у детей с синдромом дыхательной недостаточности.
63. Оценка тяжести состояния детей с заболеваниями дыхательной системы, критерии степеней дыхательной недостаточности
64. Дифференциальная диагностика пневмонии у детей.
65. Пневмония у детей с отягощённым фоновым состоянием: профилактика, диагностика.
66. Внутрибольничная пневмония: особенности этиологии, факторы риска, диагностики.
67. Факторы риска развития пневмонии и её тяжёлого течения у детей с хроническими заболеваниями: особенности течения.
68. Аспирационная пневмония: факторы риска, особенности течения.
69. Тяжёлое и осложнённое течение пневмонии: причины, факторы риска.
70. Дифференциальная диагностика при длительном кашлевом синдроме у детей.
71. Дифференциальная диагностика при стридоре у детей.
72. Дифференциальная диагностика у детей с синдромом бронхиальной обструкции.
73. Дифференциальный диагноз при синдроме обструкции дыхательных путей.
74. Дифференциальная диагностика у детей с муковисцидозом.
75. Бронхолёгочная дисплазия: диагностика.

Раздел 6. Ревматология

76. Основные синдромы ревматических заболеваний у детей.
77. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме у детей.
78. Дифференциальная диагностика кожного синдрома при ревматических заболеваниях у детей.
79. Гематологические синдромы при ревматических болезнях у детей: дифференциальная диагностика.
80. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
81. Синдромология и дифференциальная диагностика системных васкулитов у детей.
82. Геморрагический васкулит (болезнь Шёнлейн-Геноха) у детей: синдромология.
83. Геморрагический васкулит (болезнь Шёнлейн-Геноха) с поражением почек: синдромология.
84. Болезнь Kawasaki: синдромология.
85. Серонегативные спондилоартриты у детей: заболевания, дифференциальная диагностика.
86. Основные варианты ювенильного артрита: их течение.
87. Дифференциальная диагностика ювенильного идиопатического артрита.
88. Дифференциальная диагностика при системных вариантах ювенильного артрита.
89. Дифференциальная диагностика при олигоартритических вариантах ювенильного артрита.
90. Дифференциальная диагностика при полиартритических вариантах ювенильного артрита.
91. Реактивные артриты: дифференциальная диагностика.
92. Основные синдромы системной красной волчанки у детей и их дифференциальная диагностика.

93. Дифференциальная диагностика при системной красной волчанке.
94. Дифференциальная диагностика при системной красной волчанке, протекающей с поражением почек.
95. Ювенильная склеродермия: очаговая и системная: синдромология, диагностика.
96. Ювенильный дерматомиозит: синдромология.

Раздел 7. Кардиология

97. Дифференциальная диагностика и синдромология недостаточности кровообращения у детей.
98. Оценка тяжести при недостаточности кровообращения у детей.
99. Врождённые пороки сердца со сбросом крови слева-направо «бледного типа»: синдромология.
100. Врождённые пороки сердца со сбросом крови справа-налево «синего типа»: синдромология.
101. Синдромология и осложнения основных врождённых пороков сердца.
102. Оперированное сердце: возможные осложнения, их диагностика и профилактика.
103. Дифференциальная диагностика кардитов (миокардиты, перикардиты и эндокардиты) у детей.
104. Бактериальный эндокардит: дифференциальная диагностика, профилактика.
105. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии у детей.
106. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний у детей.

Раздел 8. Прочие темы

Болезни эндокринной системы и обмена веществ

107. Дифференциальная диагностика диабетического кетоацидоза.
108. Гипогликемические состояния у детей с сахарным диабетом: причины, синдромология.
109. Дифференциальная диагностика с синдромом ацетонемической рвоты.
110. Синдромология при заболеваниях щитовидной железы у детей.
111. Синдромология при заболеваниях паращитовидных желёз у детей.
112. Синдромология при нарушении функции надпочечников у детей.

Вопросы онкологии и гематологии

113. Лимфопролиферативные заболевания у детей, острый лимфобластный лейкоз: основные синдромы и клинические «маски».
114. Дифференциальный диагноз при геморрагическом синдроме у детей.
115. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий у детей.
116. Дифференциальная диагностика синдрома анемии у детей.

Прочие вопросы

117. Дифференциальная диагностика длительной лихорадки у детей.
118. Основные синдромы при генетических болезнях обмена веществ, дифференциальный диагноз, методы диагностики и лечения.
119. Дифференциальная диагностика при нарушении сознания (комах) у детей.
120. ДВС синдром и вторичные коагулопатии у детей с соматическими заболеваниями: причины и группы риска, дифференциальная диагностика
121. Дифференциальная диагностика детей грудного возраста с белково-энергетической недостаточностью.
122. Дифференциальная диагностика детей старшего возраста с белково-энергетической недостаточностью.
123. Синдром водно-электролитных нарушений у детей, причины, диагностика.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Типовые клинические ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Юра Ф. 12 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпечных изделий.

Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении 4200 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 92 кг, ИМТ - 46 кг/м², объем талии 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

Поставьте диагноз, обоснуйте его.

Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.

В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?

Современное комплексное лечение больного включает:

Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост 78 см, масса тела 15,3 кг.

Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнает только членов семьи.

Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отёчность без чёткой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот несколько увеличен размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 92 г/л, цветной показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови 12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Тиреостат: ТТГ в сыворотке крови 42 мкЕд/мл, Т4 свободный 3,1 мкЕд/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.
5. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала.

Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире. При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящее, выдох удлинен.

ЧД - 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 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: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку.
5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замёрз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ – 38 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного.

Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9 °С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу-педиатру участковому.

Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8 °С.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические, росла и развивалась соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?

Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 Г/л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%, СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Полина И. 7 лет на приёме у врач-педиатра участкового с жалобами на эпизодические боли в правом подреберье ноющего характера. Эпизодически болевые ощущения в этой зоне длительностью 20-30 минут, возникающие после еды, физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно, регистрируются на протяжении 7 месяцев. Кроме того мама девочки жалуется на отрыжку воздухом, ощущение тяжести в правом подреберье, сниженный аппетит, склонность к запорам.

Наследственность: у матери девочки (35 лет) – хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) – желчнокаменная болезнь.

Ранний анамнез без особенностей. Грудное вскармливание до 4 мес. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Язык обложен белым налётом, миндалины II степени, разрыхлены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Пузырные симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене – положительные. Стул оформленный. Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жёлтый, прозрачная; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; лейкоциты - 1-2 - в поле зрения.

Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) ; нейтральный жир - ++.

Динамическое УЗИ желчного пузыря – желчный пузырь расположен вертикально, удлинённой формы 61×22 мм, толщина стенки - 2мм, сократимость желчного пузыря после желчегонного завтрака составила 20%. Регистрируется перегиб в области тела желчного пузыря (частично устраняющийся в положении стоя)

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Составьте план лечения.

Сформулируйте рекомендации по профилактике обострений заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

девочки 9 лет жалобы на эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью не превышает 15 минут, проходят самостоятельно или после употребления Но-шпы. Периодически тошнота и рвота. Стул неустойчивый. Умеренно выражен астенический синдром (периодически нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности), аппетит понижен.

Жалобы отмечаются в течение 1 года. Полгода назад семья переехала жить в частный дом, имеются домашние животные (кошки, собака). Родители ребёнка не обследовали, не лечили. Наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта отягощена: мать (32 года) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет). Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налётом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области. Пузырные симптомы слабо положительные. Печень и селезёнка не увеличены. Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $7,2 \times 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи цвет светло-жёлтый, прозрачный; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - 1-2 в поле зрения; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин 4,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма до 40 ед). Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , обнаружены цисты лямблий. Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте план дополнительного инструментального обследования пациента для подтверждения диагноза.

Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики?

Перечислите принципы лечения данного ребёнка.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Девочка М. 16 лет пришла на приём к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу. Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжёлой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1 году жизни находился под наблюдением у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза.

Боли в животе беспокоят в течение 3 лет. Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала. В течение последнего года у девочки появилась изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам. Наследственность отягощена: у матери – хронический гастрит, у отца – эрозивный дуоденит. Объективно: масса 48 кг, рост 158 см. Состояние средней тяжести. Положение активное.

На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок. Питание удовлетворительное. Тонус и сила мышц не нарушены. Скелет развит пропорционально, без деформации. Над лёгкими перкуторно – ясный лёгочный звук.

Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД- 18 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. Ps - 78 в 1 минуту. Язык обложен у корня неплотным налётом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

При обследовании выявлено:

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,5 \times 10^9/л$; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 57%; лимфоциты - 31%; моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, удельный вес- 1019, прозрачность полная, сахар – нет, белок – нет, лейкоциты – 1-2-0-1 в поле зрения; эпителиальные клетки -единиц в поле зрения. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 14,1 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л, АЛТ - 48,1 нм/сл.

ФЭГДС: отмечается отёк, сливные эрозии слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована. HELPIC-тест – резко положительный.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какие препараты следует назначить пациенту? Через какой промежуток времени и какими препаратами можно повторно проводить эрадикацию *Helicobacter pylori*?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мать с ребенком 1 года 2 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у сына.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев.

возрасте 11,5 месяцев перенёс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура.

Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка.

Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась.

Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения.

При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные.

Частота дыхания – 48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности.

Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье. Аускультативно: ЧСС – 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см.

Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

общем анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 27%; лимфоциты – 63%; моноциты – 6%; СОЭ – 34 мм/ч.

биохимическом анализе крови: СРБ – 64 ЕД; КФК – 275 ЕД/л (референтные значения активности 55–200 ЕД/л); КФК-МВ – 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К – 5,2 ммоль/л; Na – 140 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания.
5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребёнка со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мальчик 1,5 года госпитализирован с жалобами матери на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. После перенесённой вирусной инфекции, протекавшей в лёгкой форме, у ребёнка появилась желтушность кожи, снизился аппетит. Мама ребёнка страдает гемолитической анемией.

При поступлении состояние ребёнка тяжёлое. Мальчик вялый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. ЧСС – 110 ударов в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезёнка +4 см ниже края рёберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

анализах: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,1, ретикулоциты – 16%, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 45%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 37%, моноциты – 13%, СОЭ – 24мм/час, микросфероциты; билирубин: непрямой – 140 ммоль/л, прямой – 20 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения пациента в период гемолитического криза.
5. Определите показания к оперативному лечению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении 3800 г, рост 53 см. Вскармливание грудное, прикорм введён в 5 месяцев – овощное пюре. Голову держит с 1,5 месяцев. Прививки выполнены по графику.

Старший брат здоров. Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности.

Анамнез заболевания: мама заметила появление большого количества синяков на животе у ребёнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у мальчика появилось увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Общее состояние ребёнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок $1 \times 1,5$ см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отёчный, увеличен в объёме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в лёгких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

коагулограмме: АПТВ – 86,5 секунд, протромбиновое время – 16,8 секунд, МНО – 1,17, фибриноген – 2,22 г/л, тромбиновое время – 11,5 секунд, β -фибриноген – отрицательно, этаноловый тест – отрицательно, фактор XIII – 25%, фактор VIII – 1%, фибринолитическая активность – 9 минут 30 секунд, агрегация тромбоцитов с ристоцетином 1 мг/мл – 99 % (N – 87–102 %), с АДФ 10 мкмоль/л – 74 % (N – 71–88 %).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какая терапия показана ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
4. Показания к назначению профилактической терапии при данном заболевании. Схема проведения профилактической терапии.
5. Какие рекомендации по уходу и воспитанию Вы дадите родителям (опекунам) больного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Мать с ребёнком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка.

Ребёнок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорождённости протекал без особенностей.

На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма.

2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой.

3 летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3–4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура 36,7 °С. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, сухая, лёгкий цианоз носогубного треугольника. На коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области подколенных ямок и локтевых суставов имеются участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулёзные элементы, следы расчёсов. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в лёгких проводится во все отделы, жёсткое, с удлинённым выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 120 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, усиление бронхо-лёгочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозу лекарственного препарата и путь доставки.
5. Определите тактику ведения пациента после купирования обострения и дайте её обоснование.

ПК-10

Готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

ПК-11

Готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Комплексное освоение компетенций:

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Вопросы для собеседования:

1. Показания для госпитализации больных детей в соматический стационар. Порядок направления и госпитализации детей.
2. Основные разделы и правила ведения истории болезни в педиатрическом стационаре.
3. Основные положения этики и деонтологии при оказании стационарной помощи детям.

Раздел 2. Гастроэнтерология

4. Тактика ведения при болевом абдоминальном синдроме у детей раннего возраста.
5. Тактика ведения при болевом абдоминальном синдроме у детей старшего возраста.
6. Тактика ведения детей старшего возраста с рецидивирующим и хроническим течением абдоминального болевого синдрома.
7. Основные клинические формы и тактика ведения детей раннего возраста с гастроэнтерологическими проявлениями пищевой аллергии.
8. Дифференциальная диагностика функциональной патологии пищеварительного тракта у детей дошкольного и школьного возраста.
9. Ведение детей раннего возраста с синдромом срыгивания и рвоты.
10. Ведение детей старшего возраста с синдромом рвоты.
11. Ведение детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и эзофагитами.
12. Показания для эзофагогастродуоденоскопии и дифференциальная диагностика и ведение пациентов при выявлении у них гастрита и дуоденита.
13. Медикаментозные гастро-энтеропатии: группы риска, профилактика, лечение.
14. Диагностика хеликобактерной инфекции, показания к проведению эрадикации и её способы.
15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей: тактика ведения.
16. Ведение детей с язвенно-эрозивными поражениями верхних отделов пищеварительного тракта.
17. Ведение детей с желудочно-кишечными кровотечениями.
18. Ведение детей раннего возраста с синдромом желтухи.
19. Ведение детей старшего возраста с гипербилирубинемией.
20. Ведение детей с гепатомегалией.
21. Ведение детей со спленомегалией.
22. Ведение детей с гепатоспленомегалией.
23. Функциональные нарушения билиарного тракта: ведение.
24. Ведение детей с печёночным цитолитическим синдромом.
25. Ведение детей с хроническим гепатитом и циррозом печени.
26. Ведение детей с панкреатитом.
27. Портальная гипертензия: тактика ведение.
28. Печёночная недостаточность: тактика ведение.
29. Ведение детей с хронической диареей.
30. Ведение детей с хроническим запором.
31. Ведение детей с синдромом мальабсорбции.
32. Ведение детей с синдромом раздражённой кишки.
33. Целиакия: ведение больных.
34. Гастроэнтерологические проявления муковисцидоза: ведение больных.
35. Ведение детей с воспалительными заболеваниями кишечника.
36. Ведение детей с болезнью Крона
37. Ведение детей с язвенным колитом.

Раздел 3. Нефрология

38. Ведение детей с врождённой патологией мочевыделительной системы.
39. Тактика ведения пиелонефрита у детей раннего возраста.

40. Особенности пиелонефрита и тактика ведения при пузырно-мочеточниковом рефлюксе и обструктивных уропатиях.
41. Тактика ведения инфекций мочевой системы у детей.
42. Тактика ведения дисметаболических нефропатий и мочекаменной болезни у детей.
43. Лекарственные и токсические нефропатии: этиология, дифференциальная диагностика и тактика ведения.
44. Общие принципы ведения и прогноз гломерулонефритов у детей.
45. Постинфекционный гломерулонефрит: ведение.
46. Ведение детей с нефритическим синдромом.
47. Ведение детей с синдромом гематурии.
48. Тактика ведения при изолированном мочевом синдроме у детей.
49. Тактика ведения отёчного синдрома у детей.
50. Нефротический синдром у детей: ведение.
51. Гормоночувствительный нефротический синдром: тактика ведения и прогноз.
52. Гормонорезистентный нефротический синдром: тактика ведения и прогноз.
53. Острая почечная недостаточность и острое почечное повреждение у детей: тактика ведения.
54. Ведение детей при гемолитико-уремическом синдроме.
55. Ведение детей с хронической почечной недостаточностью в консервативной стадии.
56. Основные синдромы при хронической почечной недостаточности и их лечение.
57. Ведение детей с терминальной почечной недостаточностью, заместительная почечная терапия.

Раздел 4. Пульмонология

58. Врождённые и наследственные заболевания бронхо-лёгочной системы у детей: дифференциальная диагностика и возможности лечения.
59. Дифференциальная диагностика и ведение детей с синдромом дыхательной недостаточности.
60. Оценка тяжести состояния детей с заболеваниями дыхательной системы, критерии степеней дыхательной недостаточности. Респираторная поддержка в педиатрической практике: показания, виды.
61. Дифференциальная диагностика пневмонии у детей, тактика ведения.
62. Пневмония у детей с отягощённым фоновым состоянием: профилактика, диагностика и тактика ведения.
63. Внутрибольничная пневмония: особенности этиологии, факторы риска, диагностики и лечения.
64. Факторы риска развития пневмонии и её тяжёлого течения у детей с хроническими заболеваниями: особенности течения и профилактика.
65. Аспирационная пневмония: факторы риска, особенности течения и терапии.
66. Тяжёлое и осложнённое течение пневмонии: причины, факторы риска, тактика ведения.
67. Дифференциальная диагностика при длительном кашлевом синдроме у детей.
68. Дифференциальная диагностика и ведение при стридоре у детей.
69. Дифференциальная диагностика и ведение детей с синдромом бронхиальной обструкции.
70. Дифференциальный диагноз и тактика ведения при синдроме обструкции дыхательных путей.
71. Лечение тяжёлого приступа бронхиальной астмы.
72. Дифференциальная диагностика и ведение детей с муковисцидозом.
73. Бронхолёгочная дисплазия: диагностика, ведение, прогноз.

Раздел 6. Ревматология

74. Лечение острой ревматической лихорадки.
75. Геморрагический васкулит (болезнь Шёнлейн-Геноха) у детей: лечение.
76. Геморрагический васкулит (болезнь Шёнлейн-Геноха) с поражением почек: лечение.
77. Болезнь Kawasaki: синдромология и лечение.
78. Серонегативные спондилоартриты у детей: лечение.
79. Тактика ведения ювенильного идиопатического артрита.
80. Тактика ведения при системных вариантах ювенильного артрита.
81. Тактика ведения при олигоартритических вариантах ювенильного артрита.
82. Тактика ведения при полиартритических вариантах ювенильного артрита.
83. Реактивные артриты: ведение больных.
84. Симптоммодифицирующая и базисная терапия ювенильного артрита.
85. Биологические генно-инженерные препараты в детской ревматологии: место в клинических рекомендациях по лечению, основные представители и особенности использования.
86. Тактика ведения при системной красной волчанке.
87. Тактика ведения при системной красной волчанке, протекающей с поражением почек.
88. Ювенильная склеродермия: очаговая и системная: синдромология, лечение.
89. Ювенильный дерматомиозит: тактика ведения.
90. Место нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии ревматических заболеваний у детей, основные осложнения и их профилактика.
91. Место глюкокортикостероидов в терапии ревматических заболеваний у детей, варианты терапии, основные осложнения.

Раздел 7. Кардиология

92. Тактика ведения при недостаточности кровообращения у детей.
93. Врождённые пороки сердца со сбросом крови слева-направо «бледного типа»: тактика ведения.
94. Врождённые пороки сердца со сбросом крови справа-налево «синего типа»: тактика ведения.
95. Лечение кардитов (миокардиты, перикардиты и эндокардиты) у детей.
96. Бактериальный эндокардит: тактика ведения.
97. Ведение пациентов с синдром артериальной гипертензии.

Раздел 8. Прочие темы

Болезни эндокринной системы и обмена веществ

98. Тактика ведения диабетического кетоацидоза.
99. Ведение детей больных сахарным диабетом при манифестации заболевания.
100. Гипогликемические состояния у детей с сахарным диабетом: тактика ведения.
101. Инсулинотерапия у детей: инсулины, способы проведения, коррекция.
102. Ведение детей с синдромом ацетонемической рвоты.
103. Тактика ведения при заболеваниях щитовидной железы у детей.
104. Тактика ведения при заболеваниях паращитовидных желёз у детей.
105. Тактика ведения при нарушении функции надпочечников у детей.

Вопросы онкологии и гематологии

106. Лечебная тактика при геморрагическом синдроме у детей.

Прочие вопросы

107. Основные подходы к ведению пациентов с генетическими синдромами, таргентная терапия.
108. Тактика ведения при нарушении сознания (комах) у детей.

109. ДВС синдром и вторичные коагулопатии у детей с соматическими заболеваниями: подходы к лечению.
110. Тактика ведение детей грудного возраста с белково-энергетической недостаточностью.
111. Тактика ведение детей старшего возраста с белково-энергетической недостаточностью.
112. Лечение белково-энергетической недостаточности, препараты (продукты) и способы проведения нутритивной поддержки.
113. Причины неэффективности терапии при заболеваниях у детей и их преодоление.
114. Лекарственная токсичность при терапии соматических заболеваний у детей: наиболее частые варианты, факторы риска и профилактика.
115. Лечение водно-электролитных нарушений у детей.
116. Инфузионная терапия у детей: виды и показания, выбор растворов, условия проведения.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной К. 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $16,2 \times 10^9/л$, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ – 10 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какой препарат выбора, доза и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давления, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт.ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания

Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.

Назовите принципы неотложной терапии.

Составьте план дальнейшего лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больная С. 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путем кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учёте по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила приём препарата около 3 месяцев назад. В период приема ингаляционных кортикостероидов (ИКС) отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции Сальбутамола (со слов мамы). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приёма базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла Дитек, Сальбутамол, Эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: общее состояние ребёнка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД - 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в лёгких выслушиваются сухие хрипы как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС - более 120, АД -130/90 мм рт. ст.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз.

Представьте тактику неотложной терапии.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания у детей?

Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?

Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений. Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук.

Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации. Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.
5. Через неделю ребёнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затруднённое дыхание, кашель. При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжёлое персистирующее течение, контролируемая.

Получает базисную терапию – Серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение Сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребёнка были проявления атопического дерматита, у матери ребёнка - рецидивирующая крапивница. Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела – 36°С. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст.

Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезёнка не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Через неделю симптомы обострения астмы были полностью купированы. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°C и появился кашель.

При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице. Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.

При объективном исследовании: температура 38,5°C, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.

Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?

Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенесшего внебольничную пневмонию?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Девочка 12 лет больна в течение года. Жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5–2 часа после еды, ночью; отрыжка кислым. Из анамнеза: у матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе, занимается хореографией.

Осмотр: правильного телосложения. Кожа бледно-розовая, чистая. Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, цветовой показатель – 0,91, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачный; pH – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1–2–3 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л, амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 4 ед, билирубин – 15 мкмоль/л, из них связанный билирубин – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект $0,8 \times 0,6$ см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа обычных размеров и эхогенности. Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз.

Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.

Перечислите основные методы диагностики НР-инфекции.

Оцените картину УЗИ.

Современные принципы лечения данного заболевания. Предложите схему лечения данному ребёнку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Оксана Н. 15 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в нижнем отделе живота, в эпигастральной области, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, иногда с примесью крови, похудание, слабость, боли в левом коленном суставе.

История заболевания: больна около 1 года, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. В течение 2 последних месяцев появились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура.

Из анамнеза жизни. Ранний анамнез без особенностей. Редко болела. В 4 года перенесла лямблиоз, с 13 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического гастродуоденита.

Наследственный анамнез: мать здорова, отец с семьёй не живёт (сведений о заболеваниях нет), бабушка (по линии матери) – сахарный диабет 2 типа. Аллергологический анамнез: аллергический ринит (на цветение берёзы). Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отёков, гиперемии нет. Температура тела – $37,5$ °С. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 22 в минуту. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 75 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Левый коленный сустав обычной формы, кожа над ним не изменена, отмечается болезненность при сгибании, лёгкая скованность по утрам. Живот мягкий,

определяется болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, умеренная болезненность в левой и правой подвздошной областях. Сигмовидная кишка болезненна, не спазмирована, слепая – болезненна, урчит. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Пузырные симптомы – отрицательно. Почки не пальпируются. Стул кашицеобразный, 3–4 раза в сутки со слизью. Мочеиспускание безболезненное. Обследование: общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; Hb – 94 г/л; лейкоциты – $16 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; Ht – 31%; СОЭ – 22 мм/час; тромбоциты – $300 \times 10^9/л$; общий анализ мочи без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, альбумины – 45%; общий билирубин – 20 мкмоль/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л; ЩФ – 136 Ед/л; СРБ – 34 мг/мл.

Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции, УПФ – отрицательный. Реакция Грегерсена – положительная.

ЭФГДС – пищевод проходим, слизистая бледно-розового цвета, по малой кривизне желудка, в двенадцатиперстной кишке, начальном отделе тощей кишки на фоне очаговой гиперемии, отёка слизистой оболочки единичные язвы линейной формы. Колоноскопия (проведена до селезёночного угла): на фоне слизистой в виде «булыжной мостовой» в области сигмовидной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки определяются единичные язвы.

Биопсия: плотная воспалительная инфильтрация в строме слизистой оболочки толстой кишки с проникновением в подслизистый слой; глубокие язвы, проникающие в подслизистый и мышечный слой (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Представьте круг дифференциальной диагностики данной патологии.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Представьте основы медикаментозной терапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор.
5. Приведите критерии, соответствующие педиатрическому индексу активности данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациентка 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась. От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы.

Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании.

Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

Вопросы:

- Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Обоснуйте сформулированный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Определите тактику лечения и обоснуйте её.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 105 кг, рост 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена.

Стадия полового развития по Таннер: В5P5. Менструации с 12 лет, регулярные. Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л.

HbA1c – 9,3%. С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450). Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте сформулированный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

Укажите возможные осложнения ожирения.

Определите тактику лечения и обоснуйте её.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Девочка 10 лет с матерью на приёме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащённое мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Получала Парацетамол.

Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отёков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3250 г, длина см.

Находилась на естественном вскармливании. Перенесённые заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоanamнез без особенностей.

При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над лёгкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм.рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не определяется. Почки не пальпируются.

Синдром сотрясения слабоположительный с обеих сторон. Отёков нет. Вес 29 кг, рост 138 см.

Полный анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час. Полный анализ мочи: светло-жёлтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – в большом количестве, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+).

Общий белок – 78 г/л, белковые фракции: альбумины – 54%, глобулины α_1 – 4%, α_2 – 14%, β – 10,5%, γ – 17,5%. Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, КЭЖ – 110 мл/мин/1,73 м² Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.

Вопросы:

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте сформулированный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

Определите тактику лечения и обоснуйте её.