федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**

**УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

по специальности

***31.05.02 Педиатрия***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» октября 2015

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

 ОК - 1 - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-5 - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

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

ПК-8 - способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках дисциплины**

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация в виде недифференцированного зачета. Для оценки текущей успеваемости в пределах дисциплины используются следующие формы контроля: тестирование, устный опрос, проверка практических навыков, решение проблемно-ситуационных задач. Комплектация оценочных материалов для промежуточной аттестации составляется из оценочных материалов каждой темы дисциплины соответственно каждой форме контроля, в том числе и тем практических занятий, изучаемых студентами самостоятельно.

**Занятие №1 «**Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в неонатологии».

**Задания для проверки исходного уровня знаний.**

**Укажите один правильный ответ**

**1. Прямая проба Кумбса положительна при**:

1. гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору
2. гемолитической болезни по АВО -фактору
3. геморрагической болезни новорожденных

 4) талассемии

**2. Повышение уровня непрямого билирубина при конъюгационной желтухе у недоношенных детей связано:**

1. с нарушением конъюгирующей функцией гепатоцитов
2. с нарушением экскреторной функции гепатоцитов
3. с относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функции
4. с нарушением проходимости желчевыводящих путей

Укажите несколько правильных ответов

**3. Признаками желтушной формы гемолитической болезни новорожденных являются:**

1. появление желтухи в первые сутки жизни
2. почасовой прирост билирубина более 5,1 моль/л в час
3. снижение уровня гемоглобина в динамике
4. повышение уровня прямого билирубина более 10% от общего в динамике
5. отсутствие ретикулоцитоза

6) высокий гематокрит

**4. Критериями конъюгационнойгипербилирубинемии являются:**

1. максимум после 4 суток жизни
2. угасание на 7-10 сутки жизни
3. появление после 36 часов жизни
4. максимальная концентрация билирубина в сыворотке крови более 205 мкмоль/л
5. преобладание прямой фракции билирубина
6. кожные покровы лимонного оттенка

7) гепатоспленомегалия

**5. Показаниями к проведению ЗПК у доношенного новорожденного с ГБН могут являться:**

1. клинические проявления отечно-анемической формы гемолитической болезни новорожденного при рождении
2. почасовой прирост билирубина выше 6,8 мкмоль/л в час в первые 2 суток жизни
3. превышение относительного уровня прямого билирубина более 10% от общего
4. повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови у доношенных детей выше 342 мкмоль/л
5. почасовой прирост билирубина в пределах 3,4- 6,8 мкмоль/л в час в первые 2 суток жизни
	1. **Клиническими формами РДС являются:**
6. Полисегментарный ателектаз
7. Отечно-геморрагический синдром
8. Мекониальная аспирация
9. Рассеянные ателектазы
10. Болезнь гиалиновых мембран
	1. **Рентгенологически транзиторноетахипноэ характеризуется следующими признаками:**
11. Инфильтрация лёгких
12. Усиление сосудистого рисунка
13. Затемнение лёгких
14. Гипераэрация лёгких
15. Умеренное увеличение тени сердца
	1. **Предрасполагающие факторы развития транзиторного тахипноэ**:
16. Кесарево сечение
17. Естественное родоразрешение
18. Асфиксия в родах
19. Избыточная медикаментозная терапия матери (окситоцин, энзопрост)
20. Сахарный диабет у матери

***Укажите один правильный ответ***

* 1. **Дети с транзиторнымтахипноэ чувствительны к кислородотерапии**:
1. Да
2. Нет
	1. **Длительность транзиторноготахипноэ:**
3. 5 дней
4. 24-48 ч
5. 24 ч
	1. **Полисегментарный ателектаз:**
6. Первичный
7. Вторичный
	1. **Бронхолёгочная дисплазия чаще развивается у:**
8. Недоношенных
9. Доношенных

***Укажите несколько правильных ответов:***

* 1. **Факторы, способствующие развитию БЛД:**
1. Хориоамнионит
2. Длительность ИВЛ
3. Гипоксия
4. Баротравма
5. Гипотрофия
6. Стигмы дизэмбриогенеза
7. Легочные инфекции
	1. **В патогенезе БЛД различают стадии (указать последовательность):**
8. Ателектазы
9. Выраженный альвеолярный и интерстициальный отёк
10. Массивный фиброз
11. Распространённая метаплазия

***Укажите один правильный ответ***

* 1. **В лечении БЛД используют гормоны:**
1. Да
2. Нет
	1. **Синдром Вильсона-Микити встречается у:**
3. Доношенных
4. Недоношенных с массой 2500 г
5. Недоношенных 32 нед. гестации и массой менее 1500 г
	1. **Синдром Вильсона-Микити проявляется:**
6. В первую неделю
7. На 7-30-й день жизни
	1. **Рентгенологические признаки синдрома Вильсона-Микити:**
8. Инфильтрация лёгких
9. Синдром «сотового» лёгкого
	1. **Для транзиторноготахипноэ характерны все перечисленные симптомы, кроме:**
10. Резкой одышки с первых минут жизни
11. одышки, сопровождающейся экспираторными шумами, цианозом
12. Укорочения перкуторного звука над легкими
13. коробочного оттенка перкуторного звука
14. рентгенологически отмечаемого синдрома эмфиземы (повышена прозрачность).

**20. При апноэ недоношенных выбирают:**

А) преднизолон

Б) этимизол

В) эуфиллин

Г) кофеин

***Укажите несколько правильных ответов:***

 **21. В патогенетическом лечении респираторного дистресс- синдрома выбирают**

А) оксигенотерапию

Б) препараты сурфактанта

В) кортикостероидную терапию

Г) антибиотикотерапию

22**. Наиболее характерными вариантами кровоизлияний при родовой травме являются:**

1. гематомы
2. эпидуральные гематомы
3. субарахноидальные кровоизлияния
4. паренхиматозные кровоизлияния
5. субэпиндимальные гематомы
6. внутрижелудочковые кровоизлияния
7. субарахноидально-корковые

**23. При родах в ягодичномпредлежании чаще всего повреждаются следующие участки спинного мозга:**

1. верхний и средний шейный
2. нижний шейный и верхний грудной
3. верхний и средний грудной
4. нижний грудной и поясничный
5. поясничный и копчиковый

**24. У доношенных новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию в родах, самыми частыми вариантами поражения ЦНС являются:**

1. субдуральное кровоизлияние
2. перивентрикулярное кровоизлияние
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. перивентрикулярнаялейкомаляция
5. парасагитальный некроз
6. субкортикальные лейкомаляции

**25. Абсолютными показаниями к неотложному проведению люмбальной пункции в родильном доме являются:**

1. подозрение на внутричерепное кровоизлияние
2. подозрение на гнойный менингит
3. гипертензионно-гидроцефальный синдром
4. повторные судорожные приступы
5. коматозное состояние
6. подозрение на внутриутробное инфицирование
7. все ответы правильные

**26. При наличии у новорожденного изолированного паралича Эрба-Дюшена следует думать об интранатальном повреждении**

1. спинного мозга
2. корешков спинномозговых нервов
3. нервов плечевого сплетения
4. локтевого нерва
5. лучевого нерва
6. мозжечка

**27. Ранними симптомами гнойного менингита являются:**

А) мозговой крик

Б) гиперестезия кожных покровов

В) поза на боку с запрокинутой головой

Г) вынужденное положение

**28. Патоморфологическим признаком адреногенитального синдрома является**:

а) гипоплазия коры надпочечников

б) гиперплазия коры надпочечников

г) кровоизлияние в надпочечники

**29. Для адреногенитального синдрома у девочки патогномоничным признаком является**:

а) рвота с рождения

б) гинекомастия

в) вирильные наружные гениталии с пигментацией

г) мраморный рисунок кожи

**30. Адреногенитальный синдром у ребенка в семье с повышенным риском этого заболевания желательно диагностировать:**

а) внутриутробно с помощью амниоцентеза (после 12 недели беременности)

б) внутриутробно на 5-6 неделе беременности с помощью биопсии хориона

в) сразу после рождения

 г) на 1 месяце жизни

**31. Фенокопией криза при сольтеряющей форме АГС является**

а) кишечная инфекция

б) пилоростеноз

 в) токсикоз неясной этиологии

г) все перечисленные варианты

**32. Решающее значение при проведении дифференциальной диагностики между пилоростенозом и АГС имеет:**

а) характер рвоты

б) степень дистрофии

в) степень эксикоза

г) КОС

**Задачи для предварительного и заключительного контроля:**

**З А Д А Ч А №1**

 Ребенок от 3 беременности, 2 срочных родов. Беременность протекала на фоне преэклампсии, анемии легкой степени. 1 период родов- 2 часа 15 минут, 2 период- 15 минут, безводный промежуток- 6 часов 20 минут. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 4200 г., длина - 55 см. На 4 сутки состояние у ребенка тяжелое. Периодически ведет себя беспокойно, крик болезненный, монотонный. Сохраняется гиперестезия. Кормится через зонд по 15 мл, периодически срыгивает. Двигательная активность и физиологические рефлексы угнетены. Наблюдается горизонтальный нистагм, мелко размашистый тремор верхних и нижних конечностей. Большой родничок 2,5х3см. несколько напряжен. Появились клонико-тонические судороги.

ЗАДАНИЕ

1. Выделить основные симптомы заболевания.
2. Раскрыть механизм развития судорожного синдрома.
3. Обосновать предварительный диагноз.
4. Наметить план лечения.

 **ЗАДАЧА №2**

У недоношенного ребенка с массой тела при рождении 1200 г на 4-е сутки жизни началось желтушноепрокрашивание кожи. На 6-е сутки жизни на фоне нарастающей желтухи отмечались резкая вялость, гипотония, гиподинамия, приступы апноэ, симптом «заходящего солнца», резкое запрокидывание головы назад, общие тонические судороги, исчезли рефлексы. В биохимическом анализе крови – общий билирубин – 300 мкмоль/л, реакция непрямая.

Задание:

1. О чем можно думать в данном случае?
2. Какие неотложные мероприятия следует провести

**ЗАДАЧА №3**

Девочка 3-х недельного возраста поступила в стационар с диагнозом: затянувшаяся желтуха у доношенного ребенка. Мать резус-положительная. Группа крови матери 2-я, ребенка-1-я. Непрямой билирубин ребенка при поступлении-80 ммоль/л, анемии и ретикулоцитоза нет. На осмотре: вялость, расхождение прямых мышц живота, большой живот. Печень пальпируется на 3,5 см ниже реберного края. Нос седловидный, широкое расстояние между глазами, короткие толстые пальцы, язык не помещается во рту. Голос грубый, осиплый. Череп больших размеров, малый родничок открыт. Отмечается брадикардия.

1. Поставить предположительный диагноз.
2. Назначить обследование для его подтверждения. Какие данные подтвердят диагноз?

**ЗАДАЧА №4**

Мальчик Т. Был извлечен на 39-40 неделе беременности путем операции кесарева сечения, предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и сахарным диабетом беременных. Сахарный диабет был диагностирован на 28 неделе беременности, с помощью диеты уровень сахара в крови поддерживался в норме. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-32 недели, отмечались отеки, белок в моче, многоводие. Масса тела ребенка 4000 г, рост 51 см. оценка по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, яркая окраска кожных покровов, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края.

1. Предположительный диагноз?

2. Какова тактика дальнейшего ведения данного ребенка?

**Занятие №2 «Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в нефрологии».**

**Задания для текущего контроля.**

**Выберите один правильный ответ**

**1.В терапии нефротического синдрома применяется:**

А) гидрокортизон

Б) делагил

В) преднизолон

Г) капотен

**2.Для врожденного нефротического синдрома финского типа характерны морфологические изменения:**

А) микрокистоз канальцев

Б) мембрано-пролиферативный гломерулонефрит

В) склероз клубочков

Г) минимальные изменения гломерул

**3. Для нефротической формы гломерулонефрита характерно**

1.Значительная гематурия

2.Протеинурия более 50 мг/кг/сутки

3.Моча цвета "мясных помоев"

4.Высокое артериальное давление

5.Геморрагический синдром

**4. К экстраренальным симптомам острогогломерулонефрита относят следующие симптомы:**

1.Недомогание, плохой аппетит, вялость, тошнота

2.Повышение температуры

3.Гипертония

4.Гипотония

**Выберите все правильные ответы**

**5.При нефротическом синдроме возможно развитие:**

А) почечной недостаточности острого периода

Б) острой почечной недостаточности

В) хронической почечной недостаточности

**6.Нефротический синдром характеризуется:**

А) выраженной протеинурией

Б) гипопротеинемией

В) гипертензией

Г) гиперлипидемией

Д) отеками

Е)гематурией

7. **Для смешанной формы хроническогогломерулонефритахарактерны:**

А) гипотония

Б) выраженные отеки

В) гипертония

Г) незначительные отеки

Д) гиперлипидемия

Е) нормальный уровень холестерина

Ж)гематурия

8. **При нефротической форме хроническогогломерулонефрита отеки имеют следующие характеристики:**

А) отеки распространенные

Б) пастозность век и голеней

В) отеки «мягкие»

Г) отеки «плотные»

9.У мальчика,3-х лет, отмечаются отеки на лице, нижних конечностях,

передней брюшной стенки, асцит. АД – 90/50 мм рт.ст. Общ.ан.мочи – белок

4,2 г/л, лейкоциты – 5-6 в п/зр., эритроциты – 8 - 10 в п/зр., цилиндры –

гиалиновые 2-3 в п/зр. Общ.белок крови – 48,6 г/л. Холестерин крови – 8,2ммоль/л. Установлен предварительный дигноз: Острый гломерулонефрит.

Укажите форму заболевания:

1 нефритический синдром,

 2.нефротический синдром,

3. нефротический синдром с гематурией,

4. нефротический синдром с гематурией и гипертензией,

5. изолированный мочевой синдром

***Выберите все правильные ответы***

**10. Острый гломерулонефрит характеризуется:**

а) умеренными отеками

б) лейкоцитурией

в) протеинурией

г) азотемией

д) гематурией

е) гиперлипидемией

ж) гипертонией

**11. Наследственный нефрит протекает со следующими симптомами:**

а) гематурия

б) лейкоцитурия

в) тугоухость

г) интоксикация

д) прогрессирующим снижением функции почек

**12. Мочевой синдром при первичнойгопероксалурии характеризуется:**

а) гематурией

б) бактериурией

в) протеинурией

г) лейкоцитурией

**13. При гипероксалурии из питания исключаются:**

а) щавель

б) яйца

в) молоко

г) шиповник

д) мясо

е) шоколад

ж) крыжовник

 ***Выберите один правильный ответ.***

**14. Какова скорость клубочковой фильтрации, характерная для терминальной стадии ХПН:**

A. 80-120 мл/мин.

Б. 60-80 мл/мин.

B. 40-60 мл/мин.

Г. 20-40 мл/мин.

Д. 0-20 мл/мин.

**15. Симптомами, позволяющими заподозрить наличие ХПН у детей являются все, кроме:**

А. отставание в физическом развитии

Б. признаки остеопатии

В. гипергликемия

Г. постоянно низкая осмотическая плотность мочи

Д. анемия

***Выберите все правильные ответы***

**16. Выберите наиболее характерные сердечно-сосудистые осложнения ХПН:**

A. Артериальная гипотония.

Б. Артериальная гипертония.

B. Уремический миокардит.

Г. Уремический перикардит.

 Д. Нарушения ритма сердца.

**17. Выберите наиболее характерные желудочно-кишечные нарушения у больных с ХПН:**

A. Анорексия.

Б. Уремический гепатит.

B. Уремический панкреатит.

Г. Уремический гастроэнтерит.

 Д. Уремический перитонит.

**18. Выберите диуретики, противопоказанные в терминальной стадии ХПН:**

A. Спиронолактон.

 Б. Фуросемид.

B. Триамтерен.

 Г. Амилорид.

Д. Триампур.

**19. К признаки ХПН относятся**

A. Азотемия.

Б. Протеинурия более 3,5 г/сут.

B. Уменьшение размеров почек.

Г. Лейкоцитурия.

Д. Макрогематурия.

**20. К неврологическим проявлениям ХПН относятся:**

A. Нарушение сна.

Б. Полинейропатия.

В. Головная боль.

Г. Парезы.

**21. Выберите эндокринные и метаболические нарушения, выявляемые у больных с ХПН:**

A. Вторичный гипопаратиреоз.

 Б. Вторичный гиперпаратиреоз.

B. Гиперурикемия.

Г. Гипоурикемия.

Д. Гипотриглицеридемия.

**22.Выберите основные синдромы ХПН:**

А. азотемический

Б. анемический

В. нарушение КЩС

Г. мочевой

Д. остеодистрофический

**23. У больных ХПН могут быть следующие изменения со стороны системы крови:**

A. Тромбоцитоз.

Б. Тромбоцитопения.

B. ДВС-синдром.

Г. Абсолютный лимфоцитоз.

Д.Моноцитоз

**Выберите один правильный ответ**

**24.  Выберите гипотензивные препараты, улучшающие внутрипочечную гемодинамику:**

А. Спиронолактон.

Б. Гипотиазид.

В. Фуросемид.

Г**.** Каптоприл.

**25. Выберите оптимальный вариант диуретической терапии отечного синдрома у больных ХПН:**

A. Спиролактон.

Б. Фуросемид.

B. Триамтерен.

Г. Амилорид®.

Д. Гидрохлортиазид.

**26. Выберите наиболее оптимальный вариант лечения нормоцитарнойнормохромной анемии у больных ХПН:**

A. Трансфузии эритроцитов.

 Б. Препараты железа.

B. Витамин В12.

Г. Эритропоэтин.

Д. Глюкокортикоиды.

**27. Какой из медикаментозных препаратов нежелательно назначать больным ХПН, не проходящим лечение гемодиализом?**

A. Дигоксин.

Б. β-блокаторы.

B. Фуросемид.

Г. Верапамил.

Д. Верошпирон.

**Выберите все правильные ответы**

**28. Выберите осложнения гемодиализа:**

A. Повышенная кровоточивость.

Б. Гепатит В.

B. Артериальная гипертензия.

 Г. Артериальная гипотония.

 Д. Эпилептические припадки.

**29. У 18-летнего больного, армянина, диагностирована хроническая почечная недостаточность. По данным анамнеза, с раннего детского возраста отмечались эпизоды болей в животе с одновременным подъемом температуры. Боли проходили самостоятельно через сутки. Последний год в анализах мочи отмечается протеинурия до 1,5 г/л (%о). Отец пациента умер от заболевания почек. Выберите наиболее вероятные диагностические предположения в данной ситуации:**

|  |
| --- |
|  |

A. Хронический гломерулонефрит.

Б. Периодическая болезнь с развитием амилоидоза.

B. Хронический пиелонефрит.

Г. Подострый (быстропрогрессирующий) гломерулонефрит. Д. Представленных данных недостаточно для предположения о диагнозе.

**30. У больного скорость КФ - 20 мл/мин. Назовите показания для начала заместительной терапии:**

A. Наличие перикардита.

Б. Содержание гемоглобина - 90 г/л.

B. Концентрация калия в сыворотке - выше 7 мэкв/л.

Г. Артериальная гипертензия - выше 180/100 мм рт.ст., резистентная к гипотензивной терапии.

Д. Тяжелая гипергидратация.

**31. Консервативное лечение в стадии ХПН любого заболевания почек может включать:**

А. диета с ограничением белка (0,8-1,0 г/кг)

Б. иАПФ, статины

В. лечение анемии, гипертензии

Г. лечение остеодистрофии

Д. антибиотики

**Задачи для текущего контроля**

**Задача №1**

Ребенок 2 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на

37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

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

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ран­няя детская смертность.

Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.

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

***Общий анализ крови:*** Нb - 100 г/л, Эр – 3,0х1012/л, лейкоциты – 12,0х109/л, п/я - 3%, с - 28%,

э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** белок - 3,6 ‰, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоци­ты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 14%, бета-глобулины -18%, гамма-глобулины - 24%, мочевина – 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.

***Свободная мочевая проба:*** относительная плотность - 1002-1005, дневной диурез - 50,0 мл,

ночной диурез – 120,0 мл.

***Клиренс по эндогенному креатинину:*** среднесуточная фильтрация 20 мл/мин.

***Гистологическое исследование почек (биопсия):***микрокистоз, про­лиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

**Задание**

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дополнительные исследования для уточнения диагноза?

4. В каких районах России чаще всего встречается данное заболе­вание?

5. Тип наследования?

6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

7. Патогенез отеков у больного?

8. Механизм развития анемии у данного больного?

9. Назначьте лечение.

10. Прогноз?

11. Какова длительность диспансерного наблюдения?

**Задача №2**

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

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

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ по­явились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эф­фективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализиро­ван в нефрологическое отделение РДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенногогиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задне-нижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Гра­ницы сердца: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, вы­ражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

***Общий анализ крови:*** Нb - 111 г/л, Эр - 4,2xl012/л, лейкоциты – 13,1х109/л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** реакция - кислая, белок - 3,3‰, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины:

альфа1 - 5%, альфа2 -15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин **-** 60 мкмоль/л, мочевина - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л.

***Биохимический анализ мочи:*** белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут .

В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.

**Задание**

 1. Полный клинический диагноз?

 2. Обоснование диагноза?

 3. Каковы этиологические факторы данного заболевания?

 4. Расскажите о патогенезе отеков при данной форме заболевания.

 5. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?

 6. Каков патогенез оксалурии в данном случае?

 7. Назначьте лечение.

 8. Опишите диету, необходимую данному больному.

 9. Расскажите о механизме лечебного действия преднизолона.

10. Какие Вы знаете клинические симптомы экзогенногогиперкортицизма?

11. В консультации каких специалистов нуждается больной?

12. Какова длительность диспансерного наблюдения?

**ЗадачаN 3**

Мальчик 5 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сни­женный аппетит, отеки.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуля­цией. Масса при рождении 3200 г, длина 52 см. На грудном вскармлива­нии до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал ато-пическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

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

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа, обострение дерматита. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

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

***Общий анализ крови:*** Нb - 160 г/л. Эр - 5,2xl012/л, Тромбоциты -416,0xl09/л, Лейкоциты - 9,8xl09/л,

п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** относительная плотность - 1028, белок - 6,0‰, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 48 г/л, альбумины -20 г/л, СРБ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л.

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

***Коагулограмма:*** фибриноген - 4,5 г/л, протромбиновый индекс - 130%.

***УЗИ почек:*** почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

***Биохимический анализ мочи:*** белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/сут.

**Задание**

1. Поставьте диагноз.

2. Генез отечного синдрома при данном заболевании?

3. С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?

4. Обоснование диагноза?

5. План обследования?

6. Назовите функциональные методы исследования почек.

7. Оцените функциональное состояние почек.

8. Показания для проведения экскреторной урографии?

9. Проведите дифференциальный диагноз.

10. План лечения?

11. Диета при данном заболевании?

12. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача №4

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особен­ностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезкогиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлет­ворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, досту­пен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицатель­ный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

***Общий анализ крови:***Нb - 125 г/л, Эр - 4,3xl012/л, Лейкоциты - 12,3х109/л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрач­ность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зре­ния, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99‰.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 65 г/л, альбумины -53%, альфа1-глобулины - 3%, альфа2-глобулины - 17%, бета-глобулины -12%, гамма-глобулины - 15%, мочевина – 17,2 ммоль/л, креатинин -187 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.).

***Биохимический анализ мочи:*** белок - 600 мг/сут (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма -1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

***УЗИ ОБП и почек:*** печень, желчный пузырь, поджелудоч­ная железа, селезенка без патологии. Почки распложены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

**Задание**

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Следует ли у данного ребенка изучать состояние свертывающей системы крови? Если да, то объясните почему, какими методами и какие изменения Вы ожидаете получить?

4. Какие методы следует использовать для уточнения функцио­нального состояния почек?

5. Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания?

6. Объясните происхождение артериальной гипертензии.

7. Объясните происхождение отеков.

8. Объясните механизм гематурии.

9. Объясните механизм протеинурии.

10. Назначьте необходимое лечение.

11. Длительность диспансерного наблюдения за больным?

12. В какие сроки ребенку может быть проведенатонзиллэктомия?

**ЗадачаN 5**

Мальчик 10,5 лет, поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отеч­ным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000 г, длина 49 см. На естественном вскармливании до 3 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний пе­ренес ветряную оспу, ангину; 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

Две недели назад перенес ОРВИ, но школу посещал. Заболевание на­чалось с озноба, повышения температуры тела до 39,5°С, дизурических яв­лений, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитали­зирован.

При осмотре: определяется расхождение прямых мышц живота, гипертелоризмсосков и глаз, "двузубец" на ногах. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 130/95 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи.

***Общий анализ крови:*** Нb - 130 г/л, Лейк - 9,2х109/л, п/я - 7%, с -71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, тромбоциты - 530,0xl09/л, СОЭ - 25 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** белок - 1,5‰, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/з.

***Посев мочи на стерильность:***роста нет.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 62 г/л, холестерин -3,1 ммоль/л, мочевина – 18,0 ммоль/л, креатинин - 90,0 мкмоль/л, серомукоид - 0,32, СРБ - ++, калий - 5,8 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л.

***Коагулограмма:***фибринолиз - 25 мин, остальные показатели в норме.

***Клиренс по эндогенному креатинину:*** среднесуточная фильтрация 65 мл/мин.

***УЗИ почек:*** почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка - 122х50 мм, паренхима - 17 мм. Правая почка - 125х47 мм, парен­хима - 16 мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности парен­химы. Лоханка щелевидной формы.

**Задание**

1. Ваше представление о диагнозе?

2. Тактика дальнейшего обследования?

3. Генез отечного синдрома у данного больного?

4. Патогенез мочевого синдрома?

5. Каков патогенез гипертензии у ребенка?

6. Этиология данного заболевания?

7. Ваша тактика лечения?

8. Показано ли назначение гормональной терапии данному ребенку?

9. Какая диета необходима больному?

10. Каков прогноз?

11. В консультации каких специалистов нуждается больной?

**ЗадачаN 6**

Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины (нефропатия), первых сроч­ных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см. Раннее развитие без особенностей. С рождения находилась на искусственном вскармливании. Привита по возрасту, на III АКДС - аллергическая реакция в виде кра­пивницы. С 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит.

В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в ана­лизах мочи появились протеинурия до 0,2‰, гематурия до 30-40 в поле зрения, что было расценено как последствия перенесенного заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ре­бенка отмечались эпизоды макрогематурии, протеинурия и гематурия но­сили упорный характер.

При поступлении в стационар состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Костно-мышечная система без патологии. ЧСС -72 уд/мин. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систо­лический шум. АД 140/100 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, дос­тупен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300-400 мл/сут, моча бурого цвета.

***Общий анализ крови:*** Нb - 90 г/л, Эр –3,1х1012/л, лейкоциты - 6,6х109/л. п/я - 2%, с - 56%, э - 9%, л - 31%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** количество - 50 мл, цвет - бурый, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1009, белок –0,3‰, эпителий - 2-3 в п/з, лейкоциты - 4-5 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, зернистые цилиндры - 10-12 в п/з.

***Биохимический анализ мочи:*** белок - 1,2 г/сут (норма - до 200 мг/сут), фосфор – 21 ммоль/сут (норма - 19-32), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма **-** до 1,11), аммиак – 26,7 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 42 мг/сут .

***Клиренс по эндогенному креатинину:*** среднесуточная фильтрация 45 мл/мин (норма - 80-120).

**Задание**

 1. Сформулируйте полный клинический диагноз с указанием функ­ционального состояния почек.

2. Дополните план обследования ребенка необходимыми исследова­ниями.

3. Какие изменения следует ожидать в биохимическом анализе кро­ви?

4. Следует ли ожидать нарушения концентрационной функции по­чек?

5. Назовите методы исследования функционального состояния почек.

6. Объясните механизм протеинурии.

7. Объясните механизм гематурии.

8. Каков генез гипертензии?

9. Объясните происхождение оксалурии.

10. Каков генез систолического шума?

11. Какие изменения КОС могут быть у этого ребенка и каков меха­низм их развития?

12. Назначьте необходимое лечение.

**Задача N 7**

Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на изменения в ана­лизах мочи, понижение слуха.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной не­достаточности, страдал снижением слуха с 3 лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2-3 раза в год).

В 3 года, после перенесенного ОРВИ, в анализе мочи были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протеинурия до 600 мг/сут.

С диагнозом "хронический нефрит, гематурическая форма" мальчик неоднократно лечился по месту жительства, эффекта не было. Стал отставать в физическом развитии.

При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно-жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД 105/55 мм рт.ст. Отмеча­ются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везику­лярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС -88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

***Общий анализ крови:*** Нb - 110 г/л., Эр – 3,5х1012/л, Лейк - 8,5х109/л, п/я *-* 2%, с - 66%, э - 1%, л - 23%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

***Общий анализ мочи:*** белок - 0,9‰, лейкоциты - 6-7 в п/з, эритроци­ты - покрывают все поле зрения, относительная плотность - 1007.

 ***Проба по Зимницкому:*** колебания относительной плотности от 1,002 до 1,008; дневной диурез- 250 мл, ночной диурез - 500 мл.

***Биохимический анализ крови:*** общий белок - 70 г/л, холестерин- 5,3 ммоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий- 135 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л.

***Клиренс по эндогенному креатинину:*** среднесуточная фильтрация 75 мл/мин.

***Внутривенная урография:*** правосторонняя пиелоэктазия, нерезко выраженная дилатация чашечек, асимметрия размеров почек.

***Аудиометрия:*** выявлено снижение слуха на высоких частотах.

***Консультация окулиста:*** диагностированы катаракта I степени, миопия.

**Задание**

1. Ваш диагноз?

2. Дополнительные исследования для уточнения диагноза?

3. К какой группе заболевания относится данная патология?

4. Современное представление о патогенезе данного заболевания?

5. Оцените функцию почек.

6. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

7. Назначьте лечение.

8. Показано ли назначение глюкокортикоидов?

9. Прогноз?

10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

**2. Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания, ситуационные задачи для заключительного контроля к дисциплине:**

*«дифференциальные вопросы общей практики***»**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей. Острый аппендицит, перитониты детского возраста. Инвагинация кишечника.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме № 1**

# *«Острый аппендицит, перитониты детского возраста. Инвагинация кишечника.»*

Вариант 1

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрение на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка необходимо  | А) ввести промедолБ) ввести судуксен, реланиумВ) ввести спазмолитикиГ) сделать теплую ваннуД) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна |
| 2. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется | А) усиление болей при положении на левом бокуБ) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больногоВ) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной областиГ) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишкиД) правое яичко расположено выше левого |
| 3. Больной острым аппендицитом в постели, занимает положение | А) на спинеБ) на животеВ) на правом боку с приведенными ногамиГ) на левом бокуД) сидя |
| 4. Острый аппендицит у детей старшего возраста дифференцируют со следующими заболеваниями, **кроме:** | А) острым холециститомБ) почечной коликойВ) острым пиелонефритомГ) болезнью Шенляйн-ГенохаД) паховым лимфаденитом |
| 5. При пальпации живота у ребенка с подозрением на острое хирургическое заболевание необходимо соблюдать все перечисленные правила, **кроме:** | А) теплые рукиБ) отвлечение внимания ребенка разговоромВ) начинать с глубокой пальпации в точке локальной болезненностиГ) начинать с поверхностной пальпацииД) пальпировать, постепенно приближаясь к месту наибольшей болезненности |
| 6. Наиболее характерными изменениями картины крови при остром аппендиците являются: | А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влевоБ) гиперлейкоцитозВ) лейкопенияГ) отсутствие измененийД) ускоренная СОЭ |
| 7. Симптомом Ровзинга при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом бокуБ) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больногоВ) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной областиГ) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишкиД) правое яичко расположено выше левого |
| 8. Симптомом Воскресенского при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом бокуБ) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больногоВ) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной областиГ) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишкиД) правое яичко расположено выше левого |
| 9. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит: | А) обязательноБ) не обязательноВ) у детей младшего возраста по показаниямГ) у девочек по показаниям |
| 10. Локальная болезненность в правой подвздошной области, активная мышечная защита, отрицательный симптом Щеткина–Блюмберга, катаральные явления, температура - характерны для  | А) острого аппендицитаБ) копростазаВ) почечной коликиГ) печеночной коликиД) мезаденита |
| 11. Локальная болезненность в правой подвздошной области, пассивная мышечная защита, положительный симптом Щеткина–Блюмберга, температура - характерны для | А) острого аппендицитаБ) копростазаВ) почечной коликиГ) печеночной коликиД) мезаденита |
| 12. При болях в животе показано клиническое обследование с определением**(выбрать все правильные ответы)** |  А) зоны локальной болезненности Б) мышечной защиты В) симптома Щеткина-Блюмберга Г) симптома Пастернацкого Д) осмотр perrectum |
| 13. Ребенку с остро возникшими болями в животе показано | А) амбулаторное обследованиеБ) госпитализацию в педиатрическое отделениеВ) плановую госпитализацию в хирургическое отделениеГ) экстренную госпитализацию в хирургическое отделениеД) госпитализацию в инфекционное отделение |
| 14. Экстренное оперативное вмешательство показано при | А) остром аппендицитеБ) копростазеВ) почечной коликеГ) печеночной коликеД) пневмонии |
| 15. Червеобразный отросток - это | А) рудиментБ) функциональный органВ) порок развитияГ) аномалияД) вариант развития |
| 16. У ребенка в приемном покое установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (доставлен с бабушкой). Можно ли больного оперировать? | А) да, с согласия бабушкиБ) нет, необходимо только согласие родителейВ) да, решением консилиума врачей |
| 17. При подозрении на острый аппендицит необходимо провести обследование**(выбрать все правильные ответы)** | А) общий анализ кровиБ) определение группы кровиВ) общий анализ мочиГ) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространстваД) дуоденальное зондированиеЕ) компьютерную томографию |
| 18. У больного типичная клиника острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова изменений червеобразного отростка не обнаружено. Патологию какого органа следует исключить при ревизии | А) желудкаБ) печениВ) дивертикула МеккеляГ) почкиД) прямой кишки |
| 19.Что такое дивертикул Меккеля | А) остаток мочевого протокаБ) новообразование слепой кишкиВ) новообразование подвздошной кишкиГ) остаток желточного протокаД) жировой подвесок |
| 20.На каком отделе кишечника следует искать дивертикул Меккеля | А) слепая кишкаБ) тощая кишкаВ) сигмовидная кишкаГ) подвздошная кишкаД) поперечно-ободочная кишка |

Вариант 2

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Холодный аппендикулярный инфильтрат обнаружен во время операции. Операция должна быть закончена: | А) разделением инфильтрата, аппендэктомиейБ) марлевым тампоном к инфильтратуВ) микриииригаторомГ) резиновым выпускникомД) ушиванием раны, назначением антибиотиков и физиотерапии после операции |
| 2. Пальпация живота позволяет выявить следующие патологические образования, кроме: | А) инфильтрата брюшной полостиБ) опухоли брюшной полостиВ) инвагинатаГ) меккелева дивертикулаД) изменения размера органа |
| 3. У ребенка 8-ми месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов. Оптимальным методом специального обследования будет: | А) ирригография с бариемБ) УЗИ брюшной полостиВ) обзорная рентгенография брюшной полостиГ) колоноскопияД) лапароскопия |
| 4. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает | А) одномоментное введение антибиотиков и ушивание раны наглухоБ) резиновый выпускникВ) двухпросветный дренажГ) промывание брюшной полостиД) тампон Микулича |
| 5. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: | А) возрастнаядискоординация перистальтикиБ) изменение или нарушение режима питанияВ) диспепсияГ) респираторно-вирусная инфекцияД) органическая причина (дивертикул, полип, опухоли, гемангиома стенки кишки) |
| 6. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6 –й день после операции отмечен подъём температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать с | А) пальпации живота под наркозомБ) лапароскопииВ) рентгенографии грудной клеткиГ) ультразвукового исследования брюшной полостиД) пальцевого ректального исследования |
| 7. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на инвагинацию кишечника: | А) обязательноБ) не обязательноВ) у детей младшего возраста по показаниямГ) у девочек по показаниямД) в зависимости от клиники |
| 8. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Рациональные действия хирурга включают | А) удаление дивертикулаБ) оставление дивертикулаВ) выведение стомы на уровне дивертикулаГ) плановое удаление дивертикула через 2 – 3 месяцаД) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки |
| 9. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают | А) лапароскопиюБ) лапаротомиюВ) лапароцентезГ) антибактериальную терапиюД) наблюдение |
| 10. Выявление алой крови со слизью при ректальном пальцевом обследовании подтверждает диагноз: | А) пареза кишечникаБ) болезни ГиршпрунгаВ) инвагинацииГ) кишечной инфекцииД) острого аппендицита |
| 11. Из перечисленных методов диагностики инвагинации кишечника выполняет и лечебную задачу: | А) пальпация животаБ) очистительная клизмаВ) пальцевое ректальное исследованиеГ) обзорная рентгенография брюшной полостиД) пневмоирригоскопия |
| 12. У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана | А) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полостиБ) ревизия через доступ в правой подвздошной области В) наблюдение, пролведениеконсервативнх мероприятийГ) лапароцентезД) лапароскопия |
| рис13. Данный метод обследования называется: |  |
| 14. Основная причина перитонита у детей | А) игнвагинация кишечникаБ) болезнь ГиршпрунгаВ) острый аппендицитГ) острый холециститД) острый пиелонефрит |
| 15. При разлитом перитоните у детей показана | А) срочная лапаротомияБ) срочная лапароскопияВ) введение антибиотика внутривенно за 30 минут до операцииГ) предоперационная подготовка 3-4 часаД) динамическое наблюдение |
| 16. У ребенка обнаружен абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат. Ему показана | А) срочная лапаротомияБ) срочная лапароскопияВ) консервативная терапия: холод, антибиотики, дезинтоксикационная терапияГ) предоперационная подготовка и вскрытие периаппендикулярного абсцесса без удаления червоеобразного отросткаД) предоперационная подготовка и вскрытие периаппендикулярного абсцесса с удалением червоеобразного отростка |
| 17. Через сколько времени показана плановая аппендэктомия после консервативного излечения аппедикулярного инфильтрата | А) 2 неделиБ) 1 месяцВ) 2 месяцаГ) 6 месяцевД) 1 год |
| 18. Во время операции по поводу запущенной инвагинации обнаружен некроз участка подвздошной кишки. Тактика хирурга включает: | А) резекцию некротизированного участка кишки, илеостомиюБ) резекцию некротизированного участка кишки, илеоасцендоанастомозВ) резекцию некротизированного участка кишки, тонко-тонкокишечный анастомозГ) выведение на кожу некротизированной петли кишкиД) согревание кишки, плановуюрелапаротомию через 1 сутки |
| **Укажите все правильные ответы** |
| 19. Инвагинация кишечника клинически подтверждается, если при пальпации живота определяется | А) наличие по ходу кишки «колбасовидного» образованияБ )симптом запустевания правой подвздошной области (с-м Данса)В) пассивное мышечное напряжение в правой подвздошной областиГ) симптом «песочных часов»Д) симптом “исчезновения печеночной тупости” |
| 20. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами: | А) острое внезапное началоБ) гипертермияВ) периодическое беспокойствоГ) постоянное беспокойствоД) стул с кровьюЕ) выделение слизи и крови из прямой кишки |

**Вопросы для устного опроса**

1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость острым аппендицитом?
2. Пути инфицирования червеобразного отростка?
3. Особенности клинической картины у детей младшего возраста.
4. Клиническая картина у детей старшего возраста.
5. Особенности обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит.
6. Показания к госпитализации детей с болями в животе
7. Назовите ведущий симптом при остром аппендиците.
8. Как дифференцировать острый аппендицит и копростаз?
9. Как дифференцировать острый аппендицит и почечную колику?
10. Как дифференцировать острый аппендицит и перекрут придатка (кисты придатка) у девочки?
11. Каковы послеоперационные осложнения при аппендэктомии?
12. Назовите осложнения острого аппендицита у детей.
13. Что такое аппендикулярный инфильтрат.
14. Что является показанием к оперативному вмешательству при аппендикулярном инфильтрате?
15. Каковы возможные исходы аппендикулярного инфильтрата?
16. Какие существуют методы оперативного лечения аппендикулярного абсцесса?
17. В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек?
18. Особенности диагностики первичного или криптогенного перитонита
19. Классификация аппендикулярного перитонита у детей.
20. Патогенез разлитого перитонита.
21. Объем и длительность предоперационной подготовки при перитоните.
22. Современные методы оперативного лечения перитонита
23. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.
24. В каком возрасте наибольшая заболеваемость инвагинацией кишечника?
25. Классификация, возрастные особенности развития инвагинации кишечника.
26. Причины развития заболевания, патогенез клинических симптомов.
27. Ранние признаки типичной инвагинации.
28. Клиническая картина илеоцекальной инвагинации.
29. Дифференциальная диагностика кишечной инвагинации.
30. Ультразвуковая диагностика инвагинации.
31. Рентгенодиагностика инвагинации кишечника.
32. Консервативное лечение инвагинации: показания и противопоказания.
33. Лапароскопическаядезинвагинация.
34. Оперативное лечение инвагинации

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, кричит, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Что делать?
2. У ребенка на пятые сутки после аппендэктомии отмечаются подъемы температуры до 38оС по вечерам, появились неясные боли при дефекации. Живот не вздут, при пальпации мягкий, слегка болезненный над лоном, симптомов раздражения брюшины нет. Какое дополнительное исследование нужно провести ребенку? Предположительный диагноз, тактика хирурга?
3. В хирургическое отделение поступил мальчик 8 лет с типичной клиникой острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова обнаружено, что выпота в брюшной полости нет, червеобразный отросток макроскопически не изменен. Тактика оперирующего хирурга?
4. Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с диагнозом врача скорой помощи «Острый аппендицит?». Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,6оС, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 104 уд.в минуту. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, план обследования, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
5. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?
6. В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8оС , тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей. О каком заболевании идет речь? Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина? Дифференциальный диагноз? Какой симптом из вышеперечисленных является решающим для диагноза? Лечебная тактика?
7. У девочки 4-х лет во время лапаротомии доступом Волковича-Дьяконова по поводу подозрения на острый аппендицит со стороны червеобразного отростка изменений не выявлено. При этом хирург обнаружил опухолевидное образование, располагающееся справа в забрюшинном пространстве и напоминающее кисту. О чем можно думать? Какова тактика хирурга в данном случае?
8. Мальчик 12 лет доставлен в приемное отделение через 18 часов от начала заболевания. Появились боли в эпигастрии, которые через 4 часа переместились в правую подвздошную область, была 2 раза рвота съеденной пищей. При обследовании: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,4оС, живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется мышечное напряжение и резкая локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз? Какова особенность течения данного заболевания? Лечебная тактика.
9. Ребенок 6 лет поступил на третий день болезни с выраженными болями по всему животу, которые первоначально локализовались в правой подвздошной области, многократной рвотой застойным содержимым. Состояние тяжелое, температура 39о, бледность кожных покровов, выраженная тахикардия. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, определяется разлитая болезненность, выраженное мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины. Диагноз, лечебная тактика?
10. Девочка трех лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, двукратная рвота, температура тела повысилась до 39оС. Общее состояние быстро ухудшалось: вялость, отказ от еды, жажда. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен и болезнен во всех отделах, больше внизу. Здесь положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечаются мацерация и выделения из влагалища. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.
11. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был накануне нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика.
12. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 месяцев с диагнозом: инвагинация кишок. С момента заболевания прошло 10 часов. Выберите тактику лечения этого ребенка.
13. Вы, врач скорой помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было около 2 суток. В анамнезе: в возрасте 5 лет выполненааппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
14. У ребенка 5 месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе (резкое беспокойство ребенка), была однократная рвота. Приступ боли продолжался 10 – 12 минут, затем ребенок успокоился и заснул, но через некоторое время повторился подобный приступ. При осмотре живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, в правой половине пальпируется опухолевидное образование мягко-эластической консистенции. О каком заболевании следует думать? Каков план обследования ребенка?
15. Во время операции по поводу запущенной инвагинации обнаружен некроз участка подвздошной кишки. Тактика хирурга включает?
16. У ребенка с инвагинацией кишечника давность заболевания 10 часов. Консервативным путём расправить инвагинат не удалось. Инвагинат пальпируется в правой подвздошной области. Среди хирургов возникли разногласия об оперативном доступе: один предлагает срединную лапаротомию, другой – доступ Волковича-Дьяконова, третий – параректальный разрез. Каково ваше мнение?

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков на этом занятии заключается в умении студентов собрать жалобы и анамнез у больных с абдоминальным болевым синдромом, уделяя особое внимание полу и возрасту ребенка, провести объективное обследование и показать умение выявлять важнейшие симптомы острого аппендицита. Важным является умение составить план обследования ребенка с целью проведения дифференциальной диагностики острого аппендицита и перитонитов у детей, а также план предоперационной подготовки. Кроме того, в перечень проверки практических навыков входит и умении студентов оценить данные ультразвукового исследования брюшной полости и пневмоирригографии при инвагинации кишечника у детей

**Тема 2. Заболевания и пороки развития пищевода. Синдром рвоты у новорожденных и детей раннего возраста.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме № 2**

***«Заболевания и пороки развития пищевода. Синдром рвоты у новорожденных и детей раннего возраста. Аноректальные мальформации.»***

Вариант 1

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. При пилоростенозе стул: | А) скудный, темно-зеленыйБ) постоянный запорВ) обильный не переваренныйГ) частый жидкий зловонныйД) водянистый |
| 2. Наиболее достоверным методом определения степени агрессивности гастроэзофагеального рефлюкса является: | А) эзофагоскопияБ) манометрияВ) рН – метрия пищеводаГ) рентгеноконтрастное исследованиеД) компьютерная томография |
| 3. Отсутствие на обзорной рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при: | А) атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищомБ) атрезии пищевода (безсвищевая форма)В) халазиикардииГ) врожденном коротком пищеводеД) грыже пищеводного отверстия диафрагмы |
| 4. При рентгенологическом исследовании для подтверждения атрезии пищевода используется: | А) 1 мл взвеси сернокислого барияБ) 10 мл водорастворимого контрастаВ) 1 мл водорастворимого контрастаГ) 10 мл взвеси сернокислого барияД) 1 мл метиленовой сини |
| 5. Этиологическим фактором рвоты молоком при пилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратникаБ) пептический стеноз привратникаВ) гиперсимпатикотонияГ) ваготонияД) биохимический дефект стероидогенеза |
| 6.Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода является: | А) врожденный изолированный трахеопищеводный свищБ) атрезия пищевода с верхним и нижним свищамиВ) атрезия пищевода без свищаГ) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищомД) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом |
| 7. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются: | А) в первые дни после рожденияБ) на второй – третьей неделе жизниВ) после 3-х месяцев жизниГ) после 1 месяца жизниД) после 1года жизни |
| 8. Масса тела при пилоростенозе характеризуется: | А) малой прибавкойБ) возрастным дефицитомВ) прогрессирующим падениемГ) неравномерной прибавкойД) отсутствием прибавки |
| 9. Под болезнью гастроэзофагеального рефлюкса понимают: | А) заброс содержимого из желудка в пищеводБ) загрудинные болиВ) региргитациюГ) рвотуД) симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого |
| 10. Обильная рвота с 3-й недели, возникающая между кормлениями, створоженным молоком и слизью, запоры отмечаются при: | А) желудочно-пищеводном рефлюксеБ) дискинезии жктВ) врожденном пилоростенозеГ) адрено-генитальном синдроме, сольтеряющей формеД) атрезии пищевода |
| 11. Рентгенограмма указывает на: | А) желудочно-пищеводный рефлюксБ) дискинезию жктВ) врожденный пилоростенозГ) грыжу пищеводного отверстия диафрагмыД) атрезию пищевода |
| 2008_05_30_55712. Рентгенограмма указывает на: | А) болезнь ГиршпрунгаБ) пилоростеноз В) атрезию 12-перстной кишкиГ) некротический энтероколитД) атрезию тощей кишки |
| 13.Симптомокомплекс: перистальтика гипертрофированного желудка, пальпируемое в зоне привратника плотное образование, снижение диуреза у ребенка с рвотой молоком – характерен для: | А) желудочно-пищеводного рефлюксаБ) дискинезии жктВ) врожденного пилоростенозаГ) грыжи пищеводного отверстия диафрагмыД) атрезии пищевода |
| 14. Неукротимая рвота пищей с месяца, не связанная с кормлениями, иногда с примесью желчи, поносы, частые мочеиспускания отмечаются при: | А) желудочно-пищеводном рефлюксеБ) дискинезии жктВ) врожденном пилоростенозеГ) адрено-генитальном синдроме, сольтеряющей формеД) атрезии пищевода |
| 15. При УЗИ: утолщение стенки, увеличение длины, уменьшение просвета привратника - характерные признаками для: | А) желудочно-пищеводного рефлюксаБ) дискинезии жктВ) врожденного пилоростенозаГ) грыжи пищеводного отверстия диафрагмыД) атрезии пищевода |
| 16. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: | А) склонность к запорамБ) желтухаВ) рвота «фонтаном»Г) жаждаД) олигурия |
| 17. Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место при: | А) истинных грыжах собственно диафрагмыБ) при дефектах диафрагмыВ) грыже пищеводного отверстия диафрагмы Г) передних грыжахД) френикоперикардиальныхгрыжах |
| 18. Какую операцию выполняют при пилоростенозе: | А) пилоромиотомиюБ) резекцию желудкаВ) гастроэнтнроанастомозГ) пилоропластику с ваготомиейД) лечение консервативное |
| 19. Этиологическим фактором рвоты молоком при псевдопилоростенозе является: | А) генетический порок зоны привратникаБ) пептический стеноз привратникаВ) гиперсимпатикотонияГ) ваготонияД) биохимический дефект стероидогенеза |
| 20. Характер рвотных масс при пилоростенозе: | А) слизьюБ) желчьюВ) зеленьюГ) с примесью кровиД) створоженным молоком |

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое врожденная кишечная непроходимость?
2. Эмбриогенез кишечной трубки.
3. Нормальный внутриутробный поворот средней кишки и его патология.
4. Причины врожденной кишечной непроходимости.
5. Классификация врожденной кишечной непроходимости.
6. Клиника и диагностика высокой врожденной кишечной непроходимости.
7. Клиника и диагностика низкой врожденной кишечной непроходимости.
8. Особенности предоперационной подготовки при врожденной кишечной непроходимости.
9. Принципы оперативного лечения врожденной кишечной непроходимости.
10. Атрезия пищевода (АП), понятие, этиопатогенез.
11. Анатомические формы атрезии пищевода.
12. Диагностика атрезии пищевода в родильном доме.
13. Тактика врача родильного дома.
14. Транспортировка новорожденного с АП.
15. Рентгенодиагностика АП.
16. Предоперационная подготовка.
17. Принципы хирургического лечения АП.
18. Эмбриогенез врожденного трахеопищеводного свища
19. Клиника, методы диагностики и лечения трахеопищеводных свищей.
20. Халазия и ахалазия пищевода.клиника, рентгенологическая и эндоскопическая диагностика.
21. Консервативное лечение.показания к оперативному лечению.
22. Определение понятия пилоростеноза, этиопатогенез.
23. Течение пилоростеноза, ранняя и поздняя симптоматика.
24. Клиническая диагностика пилоростеноза.
25. Лабораторные исследования.
26. Эндоскопическая, ультразвуковая и рентгенологическая диагностика.
27. Предоперационная подготовка.
28. Хирургическое лечение пилоростеноза.
29. Ведение послеоперационного периода, осложнения.
30. Понятие гастро-эзофагеального рефлюкса.
31. Какие факторы обеспечивают нормальную функцию НПС?
32. Какие заболевания приводят к ГЭР.
33. Какие клинические проявления ГЭР со стороны пищевода?
34. Какие клинические проявления ГЭР со стороны бронхолегочной системы?
35. К каким тяжелым последствиям приводит ГЭР?
36. Что включает в себя позиционная терапия ГЭР?
37. Назовите показания к оперативному лечению ГЭР у детей.

**Проблемно-ситуационные задачи**

* + 1. У новорожденного в течение 24 часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение. Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?
		2. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов.сосание активное, стул мекониальный. К концу вторых суток состояние резко ухудшилось: ребенок беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, частота до 160 в мин. Живот резко вздут, напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печеночная тупость не определяется, Стул и газы не отходят. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
		3. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления. Анальное отверстие расположено обычно. Живот равномерно вздут, при пальпации живота ребенок беспокоится, плачет. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Тактика врача родильного дома?
		4. Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за последний месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что мама отмечает у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
		5. У ребенка в первые часы после рождения появилась обильная рвота с желчью. После попытки кормления рвота усиливается. Общее состояние в первые сутки страдало мало, затем появились вялость, адинамия, за сутки ребенок потерял в весе 150 г. Дважды отмечено отхождение скудного сероватого мекония. При осмотре выражены признаки обезвоживания (какие?). Живот мягкий, вздут в эпигастрии, после рвоты вздутие уменьшается. Предварительный диагноз? Какими методами исследования его подтвердить?
		6. Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой тела 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу вторых суток состояние резко ухудшилось: ребенок беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, частота до 160 в мин. Живот резко вздут, напряженный, болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печеночная тупость не определяется, Стул и газы не отходят. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?
		7. Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом и угрозой выкидыша на 20 неделе беременности. Роды на 36 неделе с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождение расценено как тяжелое, ребенок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие с частотой до 160 в минуту.

Со вторых суток начато кормление сцеженным грудным молоком. Сосал вяло, срыгивал периодически с примесью желчи. Живот вздут, мягкий. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный со слизью, 2-3 раза, скудными порциями. Терял массу тела. К 6 суткам состояние ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут болезненный при пальпации. Брюшная стенка отёчна, инфильтрирована и гиперемирована в нижних отделах. Перистальтика кишечника ослаблена. Из прямой кишки получен скудный стул с примесью крови.

Предварительный диагноз, план обследования? Лечебная тактика?

* + 1. В поликлинику обратились родители мальчика 1 месяца с жалобами на вялость, бледность кожных покровов, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула не было с рождения, только после клизмы. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ухудшилось, ребенок отказывается от еды. Живот увеличился в размерах. Предположительный диагноз, тактика педиатра, программа обследования и лечения.

10. Мальчик В. родился от первой беременности, срочных родов. Отмечалось многоводие. Оценка по шкале Апгар - 6-7 баллов. Масса тела при рождении 2900 г. Через 6 часов после рождения появилась рвота желчью. В течение суток рвота желчью повторялась несколько раз. Был однократно скудный стул серого цвета.

Через сутки после рождения состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, тургор тканей снижен, кожные покровы бледные, «мраморные». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС- 160 в минуту. Живот вздут в области эпигастрия, в остальных отделах - запавший, мягкий. С помощью зонда из желудка удалено 70 мл содержимого, ярко окрашенного желчью, после чего вздутие уменьшилось. Ампула прямой кишки пустая. Диурез снижен.

 Предположительный диагноз? Действия врачей родильного дома? Маршрутизация данного больного?

1. В районном родильном доме родился мальчик весом 2700 г. При рождении отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, поперхивание, переходящие в цианоз. На 3-и сутки заподозрена атрезия пищевода, произведено контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) – на рентгенограмме отчетливо виден слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода, в желудке и кишечнике – воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в районное хирургическое отделение общего профиля, где в экстренном порядке под местной анестезией наложенагастростома и начато кормление через неё.

**Вопросы.**

1. Какие приемы не использованы для ранней диагностики атрезии пищевода в родильном доме?
2. Какие ошибки допущены при проведении рентгеноконтрастного исследования пищевода?

А) правильно ли выбрано контрастное вещество?

Б) необходимый объем контрастного вещества?

 3. Какой вариант атрезии пищевода диагностирован у данного ребенка?

 4. Правильно ли выбрана дальнейшая маршрутизация больного?

 5. Адекватна ли хирургическая тактика?

12. Мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности и срочных родов, с массой тела 3400 г. Находился на естественном вскармливании, прибавка массы тела за первый месяц составила 720 г. В месячном возрасте появилось срыгивание створоженным молоком 1 – 2 раза в день, затем рвота «фонтаном» таким же содержимым.

 Мать обратилась к педиатру в возрасте 5 недель. Со слов матери обильная рвота створоженным молоком без примеси желчи отмечается после каждого кормления, рвотные массы имеют кислый неприятный запах. Их количество превышает объем предыдущего кормления. Появился запор, число мочеиспусканий уменьшилось до 5 – 6 за сутки. За последнюю недели ребенок потерял в весе 400 г.

 При осмотре состояние среднетяжелое, ребенок вял, подкожный жировой слой выражен недостаточно. Кожа сухая, морщинистая, большой родничок несколько западает. Живот вздут в эпигастрии, при пальпации мягкий, видна усиленная глубокая перистальтика желудка – симптом «песочных часов».

 При ультразвуковом исследовании в желудке натощак до 40 мл содержимого, желудок увеличен в объеме, привратник удлинен, стенки его утолщены, пилорический канал резко сужен, плотно сомкнут.

 Масса тела ребенка 3500 г. В анализах крови Нв – 110 г/л, Ht – 58%, К+плазмы – 3,3 мЭкв/л, Na+плазмы – 140 мЭкв/л. В моче снижено содержание натрия и хлора.

**Вопросы.**

1. Предварительный диагноз?
2. Оцените клинические и лабораторные данные этого ребенка.
3. Какие ещё методы визуализации этого заболевания вы знаете, опишите их?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Составьте программу лечения данного больного.

13.У новорожденного с первых минут после рождения отмечается обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны. Какое заболевание следует исключить? Какие необходимы дополнительные исследования? Какова лечебная тактика в условиях родильного дома?

14.Во время операции по поводу атрезии пищевода хирург обнаружил нижний трахео-пищеводный свищ. Расстояние между проксимальным и дистальным отрезками пищевода 4 см. Какие варианты операции возможны? Какой следует признать оптимальным?

15.В клинику детской хирургии доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом - атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод по зонду введено 1,5 мл водорастворимого контраста) обнаружен слепо заканчивающийся оральный отрезок пищевода и два воздушных пузыря в брюшной полости. В кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает на себя внимание запавший живот. Предположительный диагноз, лечебная тактика.

16.Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в массе тела за последний месяц составила 300 г. При сборе анамнеза выявлено, что мама отмечает у ребенка частые срыгивания после кормления, особенно в горизонтальном положении и при беспокойстве. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования пищевода, органов брюшной полости, как обзорных снимков, так и рентгеноконтрастного исследования. Оценка данных УЗИ при пилоростенозе, эзофагоскопии при ГЭР, исследования по Вангенстинупри аноректальных мальформациях.

**Тема 3. Дыхательная недостаточность у новорожденных и детей раннего возраста. БДЛ.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме № 3**

**«Дыхательная недостаточность у новорожденных и детей раннего возраста. БДЛ.»**

Вариант 1

# Укажите один правильный ответ

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкогоБ) пневмотораксаВ) гидротораксаГ) абсцесса легкогоД) пиопневмоторакса |
| 1. При напряженномпиопневмотораксе у детей необходимо выполнить: | А) плевральную пункциюБ) дренирование плевральной полости по БюлауВ) дренирование плевральной полости с активной аспирациейГ) радикальную операциюД) торакоскопию с ультразвуковой санацией |
| 3. Притупление перкуторного звука, отсутствие дыхание над всей поверхностью легкого и смещение средостения в сторону поражения характерно для: | А) ателектаза легкогоБ) пиопневмотораксаВ) пневмотораксаГ) гидротораксаД) абсцесса легкого |
| 4. Притупление перкуторного звука в нижних отделах с коробочным - в верхних, отсутствие дыхания над всей поверхностью легкого и смещение средостения в здоровую сторону характерно для**:** | А) ателектаза легкогоБ) пиопневмотораксаВ) пневмотораксаГ) гидротораксаД) абсцесса легкого |
| 5. Коробочный звук над всей поверхностью легкого и отсутствие дыхания со смещением средостения в здоровую сторону характерно для: | А) ателектаза легкогоБ) пиопневмотораксаВ) пневмотораксаГ) гидротораксаД) абсцесса легкого |
| 6. Укажите метод специального обследование, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом: | А) ультразвуковое исследованиеБ) аортографияВ) бронхографияГ) ангиопульмонографияД) бронхоскопия |
| 7. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является: | А) чрезкожная пункция абсцессаБ) радикальная операцияВ) бронхоскопическая санация абсцессаГ) дренирование плевральной полостиД) оперативное удаление абсцесса |
| 8. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкогоБ) напряженном пневмотораксеВ) напряженном гидротораксеГ) абсцессе легкогоД) пиопневмотораксе |
| 9. Положение при транспортировке новорожденного с синдромом внутригрудного напряжения: | А) горизонтальноеБ) вертикальноеВ) возвышенное на здоровом бокуГ) возвышенное на больном бокуД) Тренделенбурга |
| 10. Мозаичность перкуторного звука, аускультативно – дыхание не выслушивается на стороне поражения слева, слышны булькающие шумы, тоны сердца максимально громко выслушиваются по правой парастернальной линии, живот запавший, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжиБ) напряженной кисты легкогоВ) агенезии легкогоГ) врожденной долевой эмфиземыД) напряженного пневмоторакса |
| IMG_006711.Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкогоБ) пневмотораксаВ) гидротораксаГ) абсцесса легкогоД) пиопневмоторакса |
| 12.Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является: | А) смещение средостенья в сторону пораженияБ) появление дополнительных теней в одном из гемитораксовВ) деформация купола диафрагмыГ) непостоянство рентгенологических данных при повторных исследованияхД) признаки гиповентиляции легких |
| 13. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения смещена вправо, слева - ячеистые структуры, газонаполнение петель кишечника в проекции уменьшенной в объеме брюшной полости не определяется, что характерно для: | А) диафрагмальной грыжиБ) напряженной кисты легкогоВ) ателектаза легкогоГ) врожденной долевой эмфиземыД) напряженного пневмоторакса |
| 14. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкогоБ) напряженном пневмотораксеВ) напряженном гидротораксеГ) абсцессе легкогоД) пиопневмотораксе |
| 15. При врожденной лобарной эмфиземе наиболее часто поражается: | А) нижняя доля справаБ) верхняя доля слеваВ) нижняя доля слеваГ) верхняя доля справаД) все доли одинаково |
| 16. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии – отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз: | А) гипоплазия правого легкогоБ) ателектаз правого легкогоВ) агенезия легкого справаГ) спонтанный пневмотораксД) аплазия правого легкого |
| 17. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность. Отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна: | А) диафрагмальная грыжаБ) атрезия хоанВ) киста легкого Г) врожденная лобарная эмфиземаД) спонтанный пневмоторакс |
| 18. Рентгенологически острый гематогенный остеомиелит в первые сутки заболевания дифференцируют: | А) с артритомБ) с переломомВ) с туберкулезомГ) с опухолью кости |
| 19. Плевральную пункцию при гидротораксе следует выполнять в: | А) 2-3 межреберье по средней подмышечной линииБ) 6-7 межреберье по задней подмышечной линииВ) 6-7 межреберье по средней ключичной линииГ) 4-5 межреберье по средней подмышечной линииД) 2-3 межреберье по средней ключичной линии |
| 20. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является | А) врожденная лобарная эмфиземаБ) деструктивная пневмонияВ) ложная диафрагмальная грыжаГ) кистозно-аденоматозная трансформация легкихД) опухоль средостенья |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
2. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
3. Клинические проявления дыхательной недостаточности (цианоз, одышка, стридор, ритм дыхания).
4. Физикальные данные при ДН.
5. Синдром внутригрудного напряжения
6. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
7. Пороки развития легких, вызывающие ДН (агенезия, аплазия, гипоплазия легких, врожденная лобарная эмфизема).
8. Диафрагмально-плевральные грыжи и их значение в развитии ДН.
9. Алгоритм дифференциальной диагностики ДН у новорожденных (атрезия хоан, макроглоссия, синдром Пьера-Робина, ранула, лимфангиома шеи).
10. Спонтанный пневмоторакс у новорожденных.
11. Неотложная помощь при ДН у новорожденных.
12. Деструктивная пневмония, понятие, этиопатогенез.
13. Классификация деструктивной пневмонии.
14. Внутрилегочные осложнения БДЛ, клиника, диагностика.
15. Лечение внутрилегочных осложнений БДЛ. Методы дренирования абсцессов легкого.
16. Лечение плевральных осложнений БДЛ (плевральная пункция, дренаж по Бюлау, активная аспирация, временная окклюзия бронха).
17. Консервативное лечение БДЛ и ее осложнений.
18. Метаэпифизарный остеомиелит, причины развития.
19. Диагностика остеомиелита у детей раннего возраста.
20. Методы оперативного и консервативного лечения.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка. Цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. Предположительный диагноз? Диагностическая тактика?

2. У новорожденного диагностирована левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа. Какова лечебная тактика в условиях родильного дома? Правила транспортировки данного новорожденного.

3. У новорожденного сразу после рождения стал нарастать цианоз, причем отмечено, что во время плача ребенок розовеет. О каком заболевании должен подумать врач. Какова диагностическая и лечебная тактика.

4. Ребенок родился в срок от нормально протекавшей беременности с массой тела 3300 г, закричал сразу. При антенатальном УЗИ плода на сроке в 21 неделю предположительно было отмечено перемещение петель кишечника в левую половину грудной клетки. Через 1 час после рождения у ребенка развились дыхательные нарушения: одышка, цианоз, причем острая дыхательная недостаточность прогрессировала очень быстро.

При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. При осмотре, помимо цианоза и одышки, обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки с выбуханием и отсутствием экскурсии её левой половины, а также запавший «ладьевидный» живот. Перкуторно справа обычный легочный звук, слева – укорочение легочного звука с периодическим появлением тимпанита. При аускультации сердечные тоны выслушиваются справа от грудины, слева – отсутствие дыхание, периодически удаётся выслушать «булькающие» шумы.

**Вопросы.** Каков предположительный диагноз?

Какое исследование позволяет уточнить диагноз и что вы ожидаете увидеть при данном обследовании?

Какова тактика врача родильного дома?

Правила транспортировки больного с установленным диагнозом?

В чем заключается принцип оперативного лечения данной патологии?

1. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается: нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится в пределах 38 – 39о.

Объективно: Кожный покров бледный, цианоз носогубного треугольника. ЧСС – 136 уд.в 1 мин., ЧД – 70 в 1 мин. При перкуссии справа на всей половине грудной клетки определяется тупой звук, сердце смещено влево, при аускультации дыхание справа не проводится. Живот незначительно равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы.** Какое осложнение пневмонии описано в задаче?

Какое исследование поможет поставить правильный диагноз?

Сформулируйте клинический диагноз.

Последовательность действий врача в данной ситуации?

Что такое дренирование плевральной полости по Бюлау?

6. Ребенок 4 лет во время игры с конструктором Лего закашлялся, что сопровождалось рвотой, кратковременным апноэ и цианозом. Через некоторое время состояние ребенка улучшилось - поведение стало обычным, дыхание стабилизировалось. Родители ребенка самостоятельно обратились к участковому педиатру, который после осмотра срочно направил ребенка в хирургический стационар. При поступлении в приемное отделение жалобы на приступообразный кашель, однократную рвоту. Состояние ребенка средней степени тяжести. Ребенок в сознании. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Дыхание носовое, свободное. Неврологический статус без менингеальных знаков и очаговой симптоматики. Грудная клетка асимметрична, отмечается отставание в дыхании правой половины. Аускультативно дыхание справа резко ослаблено. ЧД - 40 в 1 минуту, PS - 130 в 1 минуту. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.

7. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении с диагнозом правосторонняя пневмония, состояние постепенно ухудшается: появилась одышка до 70 в минуту, цианоз, кряхтящее дыхание, нарастают явления интоксикации. Температура держится в пределах 38°С - 39°С. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа не прослушивается.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Определите и обоснуйте лечебную тактику.

8. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии. На рентгенограмме грудной клетки полное смещение органов средостенья вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз?

9.Состояние новорожденного тяжелое за счет выраженной одышки. Дыхание справа ослаблено. Перкуторно слева коробочный звук. На рентгенограмме грудной клетки слева увеличение прозрачности левого легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе слева треугольная тень наслаивается на тень сердца. Средостенье смещено влево по типу «медиастинальной» грыжи. Предположительный диагноз? Составьте план обследования. Возможный метод лечения.

Предложите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом.

**Проверка практических навыков**

 Практические навыки, приобретаемые на этом занятии – это прежде всего оценка рентгенограмм грудной клетки в двух проекциях с наличием бактериальной деструкции легких и её внутрилёгочными и внутриплевральными осложнениями: абсцесс лёгкого, буллы, плеврит, пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс. Для дифференциальной диагностики предоставляются рентгенограммы эхинококкоза, врожденных кист лёгких, ателектаза легких, рентгеноконтрастного исследования при подозрении на диафрагмальную грыжу.

**Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости.**

**Занятие 6-7.**

**Тема Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в эндокринологии**

Тесты:

*1. Гипогликемия при передозировке инсулина у больных сахарным диабетом проявляется в:*

1.Появление тремора

2.Тахикардии

3.Брадикардии

4.Сухости кожных покровов

5.Повышенной потливости

*2. К осложнениям при сахарном диабете 1 типа относятся:*

1.Жировой гепатоз (жировая инфильтрация печени)

2.Диабетическая микроангиопатия

3.Миокардиодистрофия

4.Отставание в психомоторном развитии

5.Поражение суставов (полиартриты)

*3. У больного с жалобами на жажду и полиурию обнаружен сах.крови натощак 6,8ммоль/л,что при этом в первую очередь следует предпринять:*

1.Определить содержание глюкозы в 3-х порциях суточ.мочи

2.Определить дневные колебания сахара в крови

3.Провести ПТГ (пробу на толерантность к глюкозе)

4.Провести ППТГ(преднизолоновую пробу на толерантность к глюкозе)

5.Назначить инсулин

*4. Как осуществляется контроль за дозой инсулина у ребенка с сахарным диабетом***?**

1.Путем определения кетоновых тел в моче

2.Путем определения глюкозурии в интервалах между инъекциями

3.По отсутствию клинических проявлений углеводного обмена

4.Путем определения сахара в крови в течение дня

5.Проведением сахарной кривой

*5. Для больного сахарным диабетом 1 типа в фазе декомпенсации без*

*кетоза при 2-летней длительности заболевания оптимальна следующая суточная доза инсулина:*

1.1ЕД/кг

2.0,5-0,6 ЕД/кг

3.0,7-0,9 ЕД/кг

*6. Для больного сахарным диабетом в фазе декомпенсации без кетоза при длительности заболевания менее года оптимальна следующая суточная доза инсулина:*

1.0,3-0,5 ЕД/кг

2.1,0,0 ЕД/кг

*7.Укажите современные принципы инсулинотерапии?*

1.Однократное введение комбинаци препаратов пролонгированного и короткодействующего инсулинов

2.Многократные инъекции короткодействующего инсулина

3. Инъкции короткого инсулина перед приемами пищи и введение прлонгированного инсулина

 4.Однократное введение пролангированного препарата инсулина

*8.Роль пищевых волокон в достижении компенсации сахарного диабета*

1.Регулируют функцию желудочно-кишечного тракта

2. Снижают скорость всасывания глюкозы из желудочно-кишечного тракта

3.Все вышеперечисленное

*9.Какой из перечисленных клинических признаков не входит в синдром Мориака?*

1.Перераспределение подкожно-жировой клетчатки

2.Гепатомегалия

3.Отставание в физическом и половом развитии

4.Тахикардия

***10.Основные симптомы синдрома Нобекура:***

1.Гепатомегалия Отставание в физич. и половом развитии. Выраженное похудание

2.Отставание в нервно-психическом развитии

3.Брадикардия

1. *В диагнозе сахарного диабета 1 типа у детей необходимо указать:*

**1.Тип диабета, форму, компенсацию, осложнения, длительность заболевания**

2.Тип, тяжесть, активность процесса, длительность заболевания

3.Тип, форму, степень тяжести, осложнения, длит.заболевания

*12. Для больного сахарным диабетом не характерны следующие признаки дефицита инсулина:*

1.Жажда. Учащенное мочеиспускание. Сухость кожи.

2. Потливость

3.Похудание. Фурункулез

4.Общая слабость. Полиурия. Полифагия

*13. Какие из перечисленных лабораторных данных важны для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка?*

1.Гипербилирубинемия. Ускоренная СОЭ

2.Гипергликемия. Глюкозурия.

3.Ускоренная СОЭ. Гиперкалиемия

4.Глюкозурия

5. Положительная реакция мочи на ацетон

*1.Для какой комы при сахарном диабете характерны внезапная потеря сознания, гипертонус мышц, влажность кожи и слизистых, отсутствие запаха ацетона в выдыхаемом воздухе:*

1.Кетоацидотической

2.Гипогликемической

3.Молочнокислой

4.Гиперосмолярной

*2.Применение кислорода в лечении кетоацидотической комы*

1.Обязательно

2.Необязательно

*3.Для выведения больного при сахарном диабете из кетоацидоза введение бикарбоната натрия проводится, если:*

1.Рн крови 7,5

2.Рн крови 7,0 и ниже

3.Рн крови 8,0

4.Имеет место шумное,болезненное дыхание больного

*4.При каких заболеваниях не характерно развитие надпочечниковой недостаточности?*

1.Молочнокислая кома

2.Тиреотоксический криз

3.Церебрально-гипофизарный нанизм

4.Синдром Уотерхауса-Фридерихсена

*5.Для какой комы при сахарном диабете характерны отсутствие запаха ацетона изо рта, очень высокая гликемия, гипертемия, выраженная неврологическая симптоматика, тахикардия:*

1.Кедоацидотическая кома

2.Молочнокислая кома

3.Гиперосмолярная кома

4.Гипогликемическая кома

*6.В основе патогенезе гиперосмолярной комы лежит:*

1.Резко выраженнаягиперликемия, препятств. выходу гликогена из печени

2.Затруднение выступа жиров в печень и уменьшение образования кетоновых тел

3.Все вышеперечисленное

*7.У больного с кетоацидозом при сахарном диабете оптимальна следующая доза инсулина:*

1. 0,1-0.05 ед/кг в час

2.3 ед/кг в сут.

3.0,7 ед/кг в сут.

4.0,5 ед/кг в сут.

*8.Оптимальный метод введения инсулина при кетоацидотическойдиабетической коме:*

1.Подкожно

2.Внутримышечно

3.Струйно в/венно

4. внутривенная титрация

*1.Какие из перечисленных препаратов применяют при лечении гипотиреоза?*

1.Инсулин

2.Преднизолон

3. Левотироксин

4.Гормон роста

5.Мерказолил

*2.Выберите жалобы, характерные для больных с гипотиреозом:*

1.Повышенная потливость

2.Беспокойство

3.Запоры

*3.Укажите, для какой степени увеличения щитовидной железы характерны следующие признаки: зоб пальпируется и виден на глаз:*

* 1. степень, 2.II степень

*4.Укажите основные ранние признаки врожденного гипотиреоза:*

1.Тахикардия. Потливость

2.Позднее отпадание пуповин.остатка. Плохая прибавка массы тела. Брадикардия.

3.Большая масса тела при рождении. Затянувшаяся желтуха. Запоры.

4.Перечисленное во 2 и 3 пунктах

*5.Что необходимо исследовать прежде всего у ребенка с подозрением на врожденный гипотиреоз?*

1.Зоны роста (костный возраст)

2.Уровень ТТГ. Уровень Т4

3.Сканирование щитовидной железы с помощью И31

4.Провести ультрасонографию щитовидной железы

*6. Какое из перечисленных ниже заболеваний наиболее часто бывает у детей и подростков?*

1.Аутоиммунный тиреоидит.

2.Острый гнойный тиреоидит

3.Диффузный токсический зоб

4.Эндемический зоб

*7. Какие из перечисленных ниже симптомов не характерны для тиретоксикоза?*

1.Слабость. Похудание.

2. Брадикардия

3.Потливость

4.Раздражительность

*8. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются:*

1. Антитела к рецепторам ТТГ

2.Определение ТЗ. Определение Т4

3.Определение ТТГ.

4.Все вышеперечисленные методы

*9.Для быстрого устранения тиреотоксического криза рекомендуется:*

1. Введение больших доз тиреостатиков (пропицил, мерказолил)

2. Глюкозо-солевые растворы

3. введение 1% раствора Люголя

4. Глюкокортикоиды

5. введение В-адреноблокаторов

6. все перечисленное

*10.Какие из перечисленных ниже симптомов характерны для тиретоксикоза?*

1.Слабость. Похудание.

2. Брадикардия

3.Потливость

4.Раздражительность

*11.Выберите симптомы, характерные для диффузно-токсического зоба:*

1.Увеличение печени

2.Увеличение щитовидной железы

3.Экзофтальм

4.Тахикардия

*12.При гиперплазии щитовидной железы возможны:*

1.Увеличение функции железы

2.Снижение функции железы

3.Все перечисленные нарушения

4.Эутиреоз

*13.Для первичного врожденного гипотиреоза характерны:*

1.Рождение ребенка с большой массой тела

2.Выраженная тахикардия

3.Раннее закрытие родничков

4.Позднее отпадение пупочного остатка

5.Задержка психомоторного развития

6. Заболевания щитовидной железы

*1. Наличие стрий на коже туловища, конечностей не характерны для:*

1.Гипоталамического синдрома пубертатного периода

2.Переходной формы экзогенно-конституционального ожирения

3.Синдрома Иценко-Кушинга

4.Болезни Иценко-Кушинга

**2***.Этиологическими факторами, приводящими к экзогенно-конституциональным формам ожирения, могут быть:*

1.Алиментарный фактор

2.Наследственная предрасположенность

3.Гиподинамия

4.Инфекционные заболевания

5.Внутричерепная родовая травма

*3. Ожирение является фактором риска развития:*

1.Сахарного диабета

2.Гипертонической болезни

3.Желчно-каменной болезни

4.Тиреотоксикоза

*4. Симптомокомплекс синдрома Прадера- Вилли включает:*

1.Ожирение

2.Мышечную гипотонию

3.Гипогонадизм

4.Задержку роста

*5. Причинами инсулинорезистентносги являются:*

1.Уменьшение числа рецепторов к инсулину

2.Дефект инсулинового рецептора

3.Пострецепторный дефект транспортеров глюкозы

4.Образование антител к инсулиновым рецепторам

*6. Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают:*

1.Гипокапоритное дробное питание

2.Ограничение жиров и углеводов

3.Содержание белка в возрастной потребности

4.Резкое ограничение жидкости

*7.Укажите необходимые лечебные мероприятия для больного, имеющего экзогенно-конституциональное ожирение 1-IIст. (простую форму):*

1.Стол N8,расширение двигательного режима (ЛФК)

2.Назначение анорексигенных препаратов, стол N8, ЛФК

3.Стол N8

*8. Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях:*

1.Болезни Иценко-Кушинга

2.Гипогонадизме .

3.Гипотиреозе

4.Гипокортицизме

*9. К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся:*

1.Синдром Клайнфельтера

2.Синдром Лоренса-Муна-Барде-Билля

3.Синдром Олбрайта-Брайцева

4.Синдром Прадера-Вилли

*10. Основные клинические маркеры метаболического синдрома*:

1.Абдоминальное ожирение

2.Нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет

3.Артериальная гипертензия

4.Дислипидемия

*11. Инсулинорезистентность может наблюдаться при:*

1.Ожирении

2.Акромегалии

3.Болезни Иценко-Кушинга

4.Тиреотоксикозе

*1. Симптомами синдрома Иценко-Кушинга могут быть:*

1.Неравномерное ожирение

2.Задержка физического развития

3. Трофические нарушения кожи, акне, гнойничковые поражения

4.Артериальная гипотония

5.Атрофические стрии на животе, бедрах, груди

*2.При каком состоянии не показано назначение препаратов калия:*

1.Сольтеряющая форма адрено-генитального синдрома

2.Диабетическая кома

3.Нефротический синдром гломерулонефрита

*3.Для вторичного синдрома Иценко-Кушинга характерны следующие симптомы, кроме:*

1.Ожирение

2.Появление лунообразного лица

3.Гирсутизма

4.Артериальной гипотонии

5. Подкожные кровоизлияния

6. Нарушения со стороны иммунной системы

1. *Больные с надпочечниковой недостаточностью предъявляют жалобы на:*

1.Тошноту

2.Общую слабость

3.Потерю аппетита

4.Боли в животе

5.Быструю прибавку массы тела

1. *Причинами развития хронической надпочечниковой недостаточности могут быть:*

1.Аутоиммунное поражение коры надпочечников

2.Туберкулезное поражение надпочечников

3.Врожденная гипоплазия коры надпочечников

4.Гормонпродуцирующая опухоль коры надпочечников

5.Менингококкцемия

1. *При выведении из острой надпочечниковой недостаточности следует использовать:*

1.в/в введение 3% р-ра преднизолона

2.В/в струйное введение гидрокортизона в дозе 3-5 мг/кг, далее в/в капельно 200-300 мг/м2 в сутки

3.Гипотензивное средство

4.5-20% раствор глюкозы 2-3 л/м2 в сутки под контролем гемодинамических показателей и электролитов

1. *Острая недостаточность коры надпочечников у детей проявляется:*

1.Нарастающей слабостью

2.Повышением АД

3.Снижением АД

4.Бледностью кожных покровов

5.Повышением температуры тела

*8. Клинические проявления сольтеряющей формы адреногенитального синдрома:*

1.Тошнота, рвота

2. Неправильное строение половых органов

3.Коллапс. Внезапная смерть при гиперкалиемии

4.Гиперкалиемия

5. Гипогликемия

6.Все вышеперечисленные проявления

*9.Какая патология наиболее вероятна у новорожденного с гермафродитными гениталиями?*

1.Иммунодефицит

2.Гипогликемия. Патология мочевой системы.

3.хроническая надпочечниковая недостаточность

4.Врожденный порок сердца

*10. Какие лечебные мероприятия показаны при острой недостаточности коры надпочечников?*

1.Ликвидация дефицита глюкокортикоидов. Регидратационная терапия.

2.Ликвидация дефицита минералкортикоидов. Коррекция электролитных нарушений.

3.Борьба с шоком, коллапсом

4.Все вышеперечисленные мероприятия

*11. Укажите следствием каких нарушений является адрено-генитальный синдром?*

1.Нарушения функции гипофиза

2.Нарушение ферментных систем, обеспечивающих синтез гормонов коры надпочечников

3.Наруш.ферментных систем, обеспеч-х синтез гормонов щитовидной железы

4. Недостаточная выработка АКТГ

*12. Укажите симптомы, не характерные для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек:*

1.Рождение ребенка с крупным весом, урогенитальный синус

2.Преждевременное половое развитие по гетеро-сексуальному типу

3.Медленное развитие или отсутствие вторичн. половых признаков по женскому типу

4.Рвота, высокое АД, депрессия

*13. Основными клиническими симптомами хронической надпочечниковой недостаточности являются:*

1.Слабость, похудание, диффузная гиперпигментация кожи и слизистых, снижение АД

2.Адинамия, утомляемость, раздражительность, одышка

3.Слабость, сниженный аппетит, рвота, боли в животе, повышение температуры

*14. Отметьте формы врожденной дисфункции коры надпочечников:*

1.Рецидивирующая, латентная

2.Вирильная, альгидная, сольтеряющая

3.Гипертензивная, вирильная, сольтеряющая, неклассическая.

4.Гипертрихозная, гипертензивная, ранняя, поздняя

*15. Основными клиническими симптомами гипертензивной формы врожденной дисфункции коры надпочечников являются:*

1.Высокорослось, тахикардия, вирильный синдром

2.Гипертонус мышц, повышение температуры, нистагм

3.Артериальная гипертония, вирильный синдром

4.Низкорослость, микропенис, артериальная гипертония

*16.Какая патология наиболее вероятна у новорожденного с гермафродитными гениталиями?*

1.Гермафродитизм

2. Врожденная дисфункция коры надпочечников

3.Гипогонадизм

4.Гипотиреоз

*17. В заместительной терапии надпочечниковой недостаточности не применяется:*

1.Глюкокортикоиды

2.Минералкортикоиды

3.Сердечные гликозиды

4.Препараты калия

*1. Укажите функциональные нарушения роста у ребенка:*

1.Гипогонадизм

2.Семейная низкорослость

3.Сахарный диабет

4.Синдром Прадера-Вилли

*2. Отметьте диагностические признаки, характерные для ранних проявлений церебрально-гипофизарного нанизма:*

1.Одышка, тахикардия

2.Гипогликемия, потеря сознания

3.Гипернатриемия, жидкий стул

4.Вялость, артериальная гипотония

*3. Укажите, при каких ежегодных темпах роста ребенка старше 3-х лет Вы заподозрите самототропную недостаточность (изолированный дефицит СТГ,церерально-гипофизарный нанизм):*

1.3 см

2.2 см

3.1 см

4.При всех вышеперечисленных темпах роста

*4. Дефицит каких гормонов характерен для церебрально-гипофизарного нанизма?*

1.АКТГ. ТТГ. ЛГ. ФСГ.

2.ТТГ. МСГ (меланоцитстимулирующий гормон). СТГ. Кортизон.

3.СТГ. ГТГ. АКТГ.

4.АКТГ. ТТГ. СТГ. ЛГ, ФСГ

*5. Отметьте симптомы, не характерные для несахарного диабета:*

1.Нестерпимая жажда, полиурия до 65 л. в сутки

2.Отставание в физическом, половом развитии

3.Сухость кожи, слизистых, снижение аппетита

4.Преждевременно половое развитие

*6. Отметьте признак, не характерный для примордиального нанизма:*

1.Врожденный порок сердца

2.Низкорослость

3.Темпы роста 5 см в год

4.Энцефалопатия

*7. Гипофизарный нанизм - заболевание, обусловленное:*

1.Гипофункцией передней доли гипофиза

2.Гипофункцией задней доли гипофиза

3.Гипофункцией щитовидной железы

4.Гипофункцией половых желез

5.Гипофункцией околощитовидных желез

*8. Причиной гипофизарного нанизма может быть:*

1.Родовая травма с кровоизлияниями в гипоталамо-гипофизарную область

2.Опухоль ЦНС

3.Инфекция с поражением ЦНС

4.Внутриутробный порок развития

5.Нерациональное вскармливание, дефицит пластических веществ

*9. Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга:*

1. Ожирение.

2.Остеопороз.

3.Снижение толерантности к углеводам.

4.Повышенный катаболизм белков.

*10. Метаболические нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга:*

1.Преобладание катаболических процессов.

2.Активизация неоглюкогенеза.

3.Активизация гликогенолиза.

4.Преобладание липогенеза над липолизом.

*11. Этиология гигантизма в детском возрасте*

*может быть обусловлена:*

1.Эозинофильной аденомой передней доли гипофиза.

2.Патологическими процессами в гипоталамусе.

3.Повышенной чувствительностью тканей к гормону роста.

4.Аденомой задней доли гипофиза.

*12. Патогенез гигантизма и акромегалии обусловлен:*

1.Избыточной продукцией соматотропного гормона.

2.Снижением секреции соматостатина.

3.Снижением чувствительности соматотрофов к действию соматостатина.

4. Гиперпродукциейсоматомединов.

*13. Клинические проявления гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гонадотропинов:*

1.Микрофалус.

2.Крипторхиэм.

3.Отсутствие вторичных половых признаков.

4.Гипоспадия.

*14. Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является:*

1.Полидипсия.

2.Дегидратация.

3.Желудочно-кишечные расстройства.

4.Полиурия.

*15. Клинические проявления несахарного диабета у детей:*

1.Полиурин.

2.Полидипсия.

3.Задержка физического и полового развития.

4.Хроническая почечная недостаточность

*16. В этиологии гипоталамо-гипофизарной формы несахарного диабета имеют значение:*

1.Острые и хронические инфекции.

2.Травмы черепа.

3.Генетические факторы.

4.Опухоли гипоталамуса.

**Задача №1**

Мальчик 15 дней

Жалобы у матери: на вялость, запоры, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания: данные симптомы мать отмечает практически с рождения.

Анамнез жизни: Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, запоздалых родов в 42 недели. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Масса при рождении 4200 г., длина 51 см. Период адаптации в родильном доме протекал без особенностей. На 5-е сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии с массой 4000 г., конъюгационной желтухой. Находится на грудном вскармливании. Сосет вяло. Ночью не просыпается.

Объективный статус: Состояние ребенка относительно удовлетворительное. Крик грубый, громкий, реакция на осмотр снижена.

Неврологический статус: Физиологические рефлексы (хватательный, Робинсона, Бабкина, Моро) неактивные. Рефлексы Галанта, Переса, Бабинского Аршавского, автоматической ходьбы, опоры вызываются удовлетворительно. Вес 4200. Кожные покровы чистые, суховаты, прохладные на ощупь. Сохраняется субиктеричность кожи, в области голеней, стоп, надключичных и подключичных ямок отмечается пастозность. Гипертелоризм. Объем активных движений полный. Умеренная мышечная гипотония. Макроглоссия. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно - в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 35 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая по передней аксиллярной линии, правая - по парастернальной линии, верхняя второе межреберье слева. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 105 в минуту, АД 60/30 мм.рт.ст. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, умеренно вздут. Пупочное кольцо расширено, при крике видно грыжевое выпячивание. Пупочная ранка практически эпителизировалась. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится регулярно. Стул оформлен, через день.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови Эр-3,0 х 10\*12, НВ 140 г/л, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 1,0, Л-5,6 х 10\*9, э-2, п-4, с-64, л-24, м-6, СОЭ 4 мм/час.

2. Скрининговое обследование в родильном доме на врожденный гипотиреоз в крови уровень ТТГ 120 мкМЕ/мл.

3.Рентгенография бедренной кости - отсутствие ядер Беклера.

4.Нейросонография - Структурных изменений не выявлено.

5. Экг: нестабильный синусовый ритм, брадикардия 100 – 120 в минуту. Снижение вольтажа зубцов QRS.

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача №2**

Мальчик 20 дней. Участковый врач пришел на патронаж.

Жалобы у матери: запоры, легкую желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания: данные симптомы мать отмечает практически с рождения.

Анамнез жизни: Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, родов в 40 недель. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Масса при рождении 4200 г., длина 53 см. Период адаптации в родильном доме протекал без особенностей. На 5-е сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии с массой 4000 г., конъюгационной желтухой. Находится на грудном вскармливании. Сосет активно. Ночью не просыпается.

Объективный статус: Состояние ребенка относительно удовлетворительное. Крик громкий, реакция на осмотр снижена.

Неврологический статус: Физиологические рефлексы новорожденного вызываются удовлетворительно. Вес 4200. Кожные покровы чистые, суховаты. Сохраняется субиктеричность кожи, в области голеней, стоп, надключичных и подключичных ямок отмечается пастозность. Гипертелоризм. Объем активных движений полный. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно - в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 35 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая по передней аксиллярной линии, правая - по парастернальной линии, верхняя второе межреберье слева. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 115 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, умеренно вздут. Пупочная ранка эпителизировалась. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится регулярно. Стул кашицеобразный 1 раз в день.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови Эр-3,0 х 10\*12, НВ 160 г/л, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 1,0, Л-5,6 х 10\*9, э-2, п-4, с-64, л-24, м-6, СОЭ 9 мм/час.

2. Скрининговое обследование в родильном доме на врожденный гипотиреоз в крови уровень ТТГ 70 мкМЕ/мл.

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача№3**

Девочка, 12 лет

Жалобы: на возбудимость, плаксивость, раздражительность, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на передней поверхности шеи.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течении 6 месяцев, когда возникли слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Обратилась в поликлинику и была госпитализирована в детское эндокринное отделение для обследования и лечения.

Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится хорошо.

Перенесенные заболевания: частые ангины, в 8 лет - пневмония, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Лекарственный анамнез: кровь и плазму не перепивали, гормонами не лечилась.

Наследственный анамнез: родителей нет, двое братьев здоровы.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела 37,5 С, периодически повышается до 38,2С. Астенического телосложения. Кожа чистая, влажная, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой снижен. Костно-мышечная система: мышцы развиты симметрично, слабо выражены. Патологии костной системы не выявлено. В области передней поверхности шеи - припухлость мягких тканей видна на глаз, пальпаторно - мягкой консистенции, диффузная. Органы дыхания: носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16 в мин. Органы кровообращения: границы относительной сердечной тупости не расширены, отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны усилены, ритмичные, в т. Боткина и на верхушке -слабый систолический шум. Пульс 120 уд.в мин., ритмичный, стойкая тахикардия. АД 125/40 мм.рт.ст., пульсовое давление 85 мм.рт.ст.

Органы брюшной полости: живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Аппетит сохранен. Мочеиспускание свободное. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Вторичные половые признаки отсутствуют.

Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна: раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Положительный симптом Дельримпла, слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании), контактна. Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы слегка повышены. Менингиальных знаков нет.

Антропометрические данные : вес 35 кг., рост 152 см.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр. 4,0 млн/л, НЬ 120 г/л, цветной показатель 0,82, Le 4,06 тыс, баз. 0, эоз. 1, п/яд. 3, с/яд. 68 , лимф. 45, мон. 6. СОЭ 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, реакция кислая, уд. вес 1022, сахар-нет, белок-нет, Le 1-2 в поле зрения Эр. 0 в поле зрения, эп.пл. 1-2 в поле зрения цилиндр-нет, слизь -.

3. Биохимический анализ крови: холестерин 2,0 ммоль/л, уровень йода, связанного с белками (СБЙ) 1400 нмоль/л (N до 630,36 нмоль/л), калий плазмы 3,5 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л, билирубин общ. 10,5 мкмоль/л, АлАТ 0,16 ммоль/л, АсАТ 0,06 ммоль/л.

4. Анализ крови на сахар натощак: 4,6 ммоль/л.

5. Содержание тиреоидных гормонов в крови: Т3 свободная фр. -70 нмоль/л, Т4 свободная фр. -100 нмоль/л, ТТГ-0,05 МЕ/мл.

6. Консультации окулиста: передний отрезок, глазные среды -прозрачны, Глазное дно в норме. Экзофтальмометрия: ОД 19 мм., OS 21 мм.

7. Электрокардиограмма: ритм правильный, синусовый, ЧСС 120 в мин. (тахикардия). Р-0,10 с., P-Q(R)-0,14 с., QRS-0,08 c.

Заключение: синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости.

8.УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки увеличения размеров, диффузного изменения ткани щитовидной железы, V=32 мл3 .

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача №4**

Мальчик, 12 лет.

Жалобы: на значительное увеличение массы тела, головную боль.

Анамнез болезни: болен около года, когда впервые внезапно стала нарастать масса тела, появились головные боли, ребенок стал хуже расти.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности, протекавшей без особенностей, 3- х срочных родов с массой при рождении 3900, 0 г., ростом 53 см. Рос и развивался по возрасту. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Лекарственный анамнез: кровь и плазму не переливали, гормонам не лечился.

Наследственный анамнез: мать и бабушка по материнской линии имеют избыточную массу тела.

Объективный статус: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Рост 136 см., масса 54,3 кг. Кожные покровы мраморные. На коже груди, живота, в подмышечных областях, бедрах, голенях - большое число сине-багровых стрий длиной 6-8 см., явления фолликулита. Подкожно-жировой слой развит избыточно, с преимущественным отложением на лице и туловище. Лицо округлое, лунообразное, с гиперемированной кожей. Отложение жира в области VII шейного позвонка образует жировой горбик. Конечности пропорционально худые. Мускулатура развита симметрично. Тонус и сила мышц ослаблены. Движения в суставах в полном объеме. Физиологические изгибы позвоночника выражены недостаточно, он выглядит укороченным в грудном и поясничном отделах. Носовое дыхание свободнее. Грудная клетка гиперстеническая. Границы легких соответствуют возрастной норме. Перкуторно: ясный звук по всем легочным полям. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 135/90 мм.рт. ст. Язык чистый. Живот значительно увеличен в размере за счет избыточного жироотложения, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. Формула полового созревания Ах Ia, P Iа.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови: эр.4,0 млн/л, НЬ 120 г/л, цветной показатель 0,9, Le 9,0 тыс, баз.0, эоз.0, п/яд.8, с/яд.65, лимф.19, мон.8, СОЭ 8 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, реакция кислая, уд. вес 1018, сахар-нет, белок-нет, Le 0-1 поле зрения, Эр 0-1 в поле зрения, эп.пл. 0-1 в п/зр, цилиндр-нет, слизь - .

3. Анализ крови на серомукоиды: 0,20, ДФА 0,18, на сиаловые кислоты 2,0 ммоль/л.

4. Электролиты сыворотки крови: К-2,7 ммоль/л, Nа-156 ммоль/л.

5. Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий 13 мкмоль/л, тимоловая проба - 4 ЕД, сулемовая - 1,8 мл, АлАТ 0,37 ммоль/л, АсАТ 0,42 ммоль/л, остаточный азот 19 ммоль/л, мочевина 6,5 ммоль/л, креатинин 44,25 мкмоль/л.

6. Гликемия натощак: 5,5 ммоль/л.

8. Кортизол крови: 1023,63 нмоль/л (N 190-750), СТГ – 0,6 нг/мл (N 0,5 – 5,0), тестостерон 3,5 нмоль/л.

9. Исследование 17-КС в моче: уровень 17-КС-8,1 мг/24 час (N 4,9+-0,32),

17-ОКС-6,3 мг/сут (N 2,7+-0,13), диурез 700 мл.

10. Анализ мочи на кетоновые тела: отрицат.

11. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная, сглаженность дуг и свода черепа, выраженные пальцевые вдавления, усиление сосудистого рисунка. Турецкое седло блюдцеобразной формы, порозная спинка турецкого седла. Гиперпневматизация основной пазухи.

13. Рентгенография поясничного отдела позвоночника: значительно выраженный диффузный остеопороз. Замыкательные пластинки почти не прослеживают. Деформация тел позвонков по типу «рыбьих».

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

|  |
| --- |
|  |
|  | **Задача №5**Девочка, 2 мес.Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе.Анамнез заболевания: больна с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели - необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 мес. - 250,0 г. Периодически возникает жидкий стул до 5-8 раз в сутки.Анамнез жизни: от 1-й беременности, на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией, весом 3200г., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар - 6 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 г. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В последнее время участились срыгивания и рвота.Перенесенные заболевания: не болела.Лекарственный анамнез: ничем не лечилась.Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца – почечнокаменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 мес. При явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.Эпидемиологический анамнез: у ребенка разжиженный стул, без патологических примесей. У членов семьи стул устойчив.Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36 С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, туpгop и эластичность снижены. Масса 3250,0 г., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40 см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0х1,5 см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно - легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологический примесей. Моча светлая.Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются.Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены.Данные обследования:1. Общий анализ крови: эр. 4,0 млн/л, НЬ 85 г/л, цветной показатель 0,8, Le 10,0 тыс/л,эоз. 5%, п/яд. 4%, с/яд. 23%, лимф. 60%, мон. 8%, СОЭ 7 мм/ч.2. Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок-нет, Le 1-2 в поле зрения, Эр. 0 в п/з., цилиндр -нет.3. Анализ крови на сахар крови натощак 3,2 ммоль /л.4. Протеинограмма крови: общ.белок 46 г/л (N 60-82 г/л), альбумины 0,66 (N 0,5-0,6), глобулины: альфа1-0,055 (N 0,03-0,66), альфа2-0,10 (N 0,07-0,13), бета 0,105 (N 0,08- 0,14), гамма-0,08 (N 0,12-0,22), К А/Г 1,9 (N 1,0-1,1).5. Содержание микроэлементов в сыворотке крови: К-7,256 ммоль/л (4,08-5,1), Na-113,1 ммоль/л (130-148), Fe-10,75 ммоль/л (11,64-31,34), C1-90 ммоль/л (95-110).6. Исследование 17-ОКС в моче: уровень 17-ОКС-1,32 мг/24 часа (N до 0,93 мг/сут.)7. Исследование 17-КС в моче: уровень 17-КС в моче – 2,9 мг/сут.8. Исследование полового хроматина в буккальном мазке: 30% хроматин положительных ядер.9. Анализ крови на билирубин, трансаминазы: билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5 ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ – 0,2, АсАТ – 0,3 ммоль/л.10. Анализ мочи на альдостерон: уровень альдестерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67 ммоль/сут).**Вопросы:**1. Поставить диагноз2. Обосновать диагноз3. Провести дифференциальную диагностику4. Составить план лечения5. Составить план реабилитации |  |  |  |

**Задача №6**

Мальчик, 4 года

Жалобы: на ускоренный рост, усиление выраженности вторичных половых признаков.

Анамнез заболевания: с 2-летнего возраста у мальчика заметно усилилось физическое развитие: стал быстро расти, развилась мускулатура. После 3-х лет появилось незначительноеоволосение на лобке, в подмышечных впадинах, увеличился половой член. К 4-м годам появилась пигментация кожи в области наружных половых органов. Голос стал низким, грубым. Для уточнения диагноза ребенок был направлен педиатром в эндокринное отделение.

Анамнез жизни: мальчик от 2-ой беременности, нормально протекавшей, 2-х срочных родов, с весом 3400 г., ростом 54 см. Закричал сразу, грудное вскармливание до 7 мес. Рос и развивался до 2-х лет соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит, ветряная оспа, ангина.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости не выявлено.

Лекарственный анамнез: кровь и плазму не переливали, гормонами не лечился.

Наследственный анамнез: первый ребенок родился мертвым.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, контактен. Температура тела 36,7 С. Кожа смуглая, гиперпигментация мошонки, белой линии живота. Видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система: хорошо развита мускулатура плечевого пояса, узкий таз. Органы дыхания: грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД-20 в мин. Органы кровообращения: границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 102 уд.в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Половая система: наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Размеры полового члена до 4 см, кавернозные тела развиты, головка сформирована. У корня члена имеются единичные прямые волоски. Мошонка хорошо развита. Пальпируются яички с 2-х сторон, размером 1,0x1,0 см.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови: эр. 4,5 млн/л, НЬ 125 г/л, цветной показатель 0,9, Тг-240х10\*9/л, Le 6,4 тыс, эоз. 0, п/яд. 1, с/яд. 44, юн. 0, лимф. 54, мон.1, СОЭ 11 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд.вес 1020, сахар-нет, белок-нет, Le 1-2 в поле зрения, Эр. 0-1 в поле зрения, цилиндр-нет.

3. Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 4,2 ммоль/л.

4. Содержание микроэлементов в сыворотке крови: К-6,8 ммоль/л, Nа-135 ммоль/л.

5. Исследование 17-ОКС в моче: уровень 17-ОКС-0,5 мг/24 час (N до 0,93 мг/сут.)

6. Исследование полового хроматина в буккальном мазке: половой хроматин отрицательный.

7. Рентгенография кисти, костей запястья: произошло окостенение шиловидного отростка локтевой кости, гороховидной кости. Сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе не определяются.

8. Кортизол крови в 35 нмоль/л (N – 40 – 750 нмоль/л).

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача№7**

Девочка, 10 лет

Жалобы: на ускоренный рост, грубый голос, неправильное строение наружных половых органов и оволосение лобка.

Анамнез заболевания: с 3-летнего возраста девочка по физическому развитию начала значительно обгонять своих сверстников. В 4 года появилось половое оволосение на лобке, в 5 лет - увеличение клитора и изменение тембра голоса: он стал низким и грубым. После 8 лет рост замедлился, начала изменяться фигура: плечи стали широкими, бедра - относительно узкими. В 10 лет рост прекратился. Значительно усилилось оволосение туловища.

Анамнез жизни: девочка от 1-й беременности на фоне токсикоза до 7 месяцев, срочных нормальных родов, с весом 2500г., ростом 47 см. Моторное развитие соответственно возрасту. До 1 года часто возникали явления диспепсии.

Перенесенные заболевания: в 1г.6мес.- коклюш, между 2 и 3 годами - корь и скарлатина, в 5 лет - ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет.

Лекарственный анамнез: кровь и плазму не переливали, гормонами не лечилась.

Наследственный анамнез: родители здоровы, брат 4-х лет здоров, два выкидыша.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное.

Кожа смуглая. Видимых отеков нет. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: телосложение маскулинное: широкий плечевой пояс, узкий таз. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, ЧД-19 в мин.

Границы относительной сердечной тупости несколько расширены. Тоны ясные. Пульс 78 уд.в мин., ритмичный. АД 100/55 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Половая система: клитор пенисообразный. Урогенитальный синус открывается у корня клитора. Ректально прощупывается рудимент матки в виде тяжа. Менструации отсутствуют.

Антропометрические данные: вес 42,5 кг., рост 145 см., окружность головы 54 см.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови: эр.4,0 млн/л, НЬ 158 г/л, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 0,9, Le 6,5 тыс, эоз. 2, п/яд. 3, с/яд. 64,лимф. 21, мон.6, СОЭ 10 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд.вес 1018, сахар-нет, белок-нет, Le 2-3 в поле зрения, Эр. 0-1 в л/зр., цилиндр-нет, слизь +.

3. Анализ крови на сахар натощак 4,2 ммоль/л.

4. Содержание микроэлементов в сыворотке крови: Fe-18 мг%, К-7,2 ммоль/л, Na-120 ммоль/л, Сl-90,0 ммоль/л.

5. Исследование альдостерона мочи: уровень альдостерона 0,1 мкг/24 часа (N 0,24-0,6 мкг/24 часа).

6. Исследование 17-КС в моче: уровень 17-КС-15,2 мг/24 час (N до 1,1 мг/сут.)

7. Исследование полового хроматина в буккальном мазке: уровень полового хроматина 20%.

8. УЗИ внутренних половых органов: яичники 2,3x1,8, матка 2,5x3,5.

9. Кортизол крови -35 ммоль/ л (N – 40 – 750 нмоль/л).

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача№8**

Девочка, 14 лет

Жалобы: на возбудимость, плаксивость, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на передней поверхности шеи.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течении 8 месяцев, когда возникли слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Обратилась в поликлинику и была госпитализирована в детское эндокринное отделение для обследования и лечения.

Анамнез жизни: от 1 беременности, роды в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится хорошо.

Перенесенные заболевания: частые ангины, краснуха, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Лекарственный анамнез: кровь и плазму не перепивали, гормонами не лечилась.

Наследственный анамнез: родители здоровы, у прабабушки заболевание щитовидной железы.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела 37,5 С, периодически повышается до 38,2С. Астенического телосложения. Кожа чистая, влажная, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой снижен. Костно-мышечная система: мышцы развиты симметрично, слабо выражены. Патологии костной системы не выявлено. В области передней поверхности шеи - припухлость мягких тканей видна на глаз, пальпаторно - мягкой консистенции, диффузная. Органы дыхания: носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16 в мин. Органы кровообращения: границы относительной сердечной тупости не расширены, отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны усилены, ритмичные, в т. Боткина и на верхушке -слабый систолический шум. Пульс 120 уд.в мин., ритмичный, стойкая тахикардия. АД 135/60 мм.рт.ст., пульсовое давление 85 мм.рт.ст.

Органы брюшной полости: живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Аппетит сохранен. Мочеиспускание свободное. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Вторичные половые признаки отсутствуют.

Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна: раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Положительный симптом Дельримпла, слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании), контактна. Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы слегка повышены. Менингиальных знаков нет.

Антропометрические данные : вес 46 кг., рост 162 см.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр. 4,1 млн/л, НЬ 118 г/л, цветной показатель 0,82, Le 4,06 тыс, баз. 0, эоз. 1, п/яд. 2, с/яд. 69 , лимф. 45, мон. 6. СОЭ 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, реакция кислая, уд. вес 1022, сахар-нет, белок-нет, Le 1-2 в поле зрения Эр. 0 в поле зрения, эп.пл. 1-2 в поле зрения цилиндр-нет, слизь -.

3. Биохимический анализ крови: холестерин 2,0 ммоль/л, уровень йода, связанного с белками (СБЙ) 1380 нмоль/л (N до 630,36 нмоль/л), калий плазмы 3,6 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л, билирубин общ. 14,5 мкмоль/л, АлАТ 0,16 ммоль/л, АсАТ 0,14 ммоль/л.

4. Анализ крови на сахар натощак: 4,2 ммоль/л.

5. Содержание тиреоидных гормонов в крови: Т3 свободная фр. -79 нмоль/л, Т4 свободная фр. -100 нмоль/л, ТТГ-0,02 МЕ/мл.

6. Консультации окулиста: передний отрезок, глазные среды -прозрачны, Глазное дно в норме. Экзофтальмометрия: ОД 19 мм., OS 21 мм.

7. Электрокардиограмма: ритм правильный, синусовый, ЧСС 116 в мин. (тахикардия). Р-0,10 с., P-Q(R)-0,14 с., QRS-0,08 c.

Заключение: синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости.

8.УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки увеличения размеров, диффузного изменения ткани щитовидной железы, V=34 мл3 .

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача №9**

Девочка 14 лет

Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость. Анамнез заболевания: ребенок родилась с массой 2,6 кг. Избыток массы тела постепенно стал нарастать с 7 летнего возраста. В семье любят мучное, жареное, картофель. В питании ребенок себя пытается ограничивать, но бабушка настаивает на «нормальном» питании. Больше калорий получает во второй половине дня.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений. Роды в срок, без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. В нервно-психическом развитии не отставала. Привита - по календарю. Из перенесенных заболеваний корь, ангина, бронхит.

Аллергологический анамнез: пищевой и лекарственной непереносимости нет. Лекарственный анамнез: кровь и плазму не переливали, гормонами не лечился. Наследственный анамнез: мама, тетя и бабушка с избыточной массой тела.

Эпидемиологический анамнез: за последние 3 недели расстройств стула у ребенка и у членов семьи не было, в контакте с инфекционными больными не состоял.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко. Телосложение правильное, гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, равномерно распределен по всей поверхности тела. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без патологических изменений.

Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 18 в мин.

Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс 74 уд.в мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/70 мм.рт. ст.

Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненной. Стул 1 раз в сутки, оформлен.

Наружные половые органы - по женскому типу. Формула полового развития: А 1, Р 2, Ма 2, Ме 0.

Антропометрические данные: масса тела 70 кг., рост 160 см., окружность груди 92 см., окружность головы 54 см.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови: эр. 4, 3 млн/л, НЬ 120 г/л, цветной показатель 0,87, Le 6,4 тыс, эоз. 1, п/яд. 2, с/яд. 76, лимф. 35, мон. 6, СОЭ 6 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1011, сахар - нет, белок - нет, Le 2-3 в поле зрения, Эр. 0 в поле зрения,эп.пл.0 в поле зрения, цилиндр - нет, слизь -.

3. Анализ крови на сахар (натощак): 4,0 ммоль/л.

4. Сахарная кривая: натощак-4,0 ммоль/л, через 30 мин.-6,0 ммоль/л, через 60 мин.-7,8 ммоль/л, через 90 мин.-6,9 ммоль/л, через 120 мин.-3,3 ммоль/л.

5. Анализ мочи на сахар: кол-во-200,0 мл, сахар - отрицат., ацетон - отрицат.

6. Холестерин крови: 5,2 ммоль/л.

7. Осмотр окулиста: глазное дно в норме.

8. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Задача№10**

Девочка, 12 лет 40 кг

Жалобы: головные боли, периодическую жажду, боли ногах, утомляемость.

Анамнез заболевания: по поводу заболевания наблюдается с 5 лет, частые госпитализации из-за значительного колебания гликемии, последняя госпитализация в отделение в декабре прошлого года. Гликемия дома от 7,0 ммоль/л до 32,0 ммоль/л.

Анамнез жизни: от 1 беременности, 1-х самостоятельных родов, в срок. На 1-м году жизни росла и развивалась соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, мононуклеоз.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет.

Лекарственный анамнез: Кровь, плазму не переливали, глюкокортикоиды не получала.

Наследственный анамнез: бабушка по матери больна сахарным диабетом 2 типа, у двоюродного брата сахарный диабет 1 типа.

Эпидемиологический анамнез: туберкулёз отрицает. Контакта с инфекционными больными и клещами не было. Жидкого стула за последние 3 недели не было. Профилактические прививки по возрасту.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Физическое развитие на 11 лет. Телосложение правильное. Костная система без видимой патологии. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Слизистые полости рта яркие, влажные. Язык чистый, в зеве спокойно. Щитовидная железа не увеличена, симптомов нарушения функции нет. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД-24. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум. ЧСС 101 вмин, АД 92/51. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает изпод края реберной дуги на 3 см, при пальпации безболезненная. Селезёнка не увеличена. Отеков и пастозности нет. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, частое, безболезненное. Половое развитие по возрасту.

Данные обследования:

1. Общий анализ крови: эритроциты 4,31х1012/л, гемоглобин 127 г/л, лейкоциты 6,5х109/л, эозинофилы -2%, палочкоядерные-3%, сегментоядерные-58%, лимфоциты-22%, моноциты-1%, СОЭ- 6 мм/ч.

2. Общий анализ мочи: количество 100,0 мл., цвет светло-желтый, прозрачная, реакция кислая, плотность 1020, сахар - нет, белок - нет, лейкоциты 3-4 в поле зрения, ацетон +,эпителий пл.1-2 в поле зрения

3. Анализ крови на кетоновые тела: уровень кетоновых тел 32 ммоль/л (N < 30 ммоль/л).

4. Биохимический анализ крови: холестерин 4,4 ммоль/л (N 3,1-5,7ммоль/л), калий плазмы 4,6 ммоль (N 3,8-4,6), натрий плазмы 140 ммоль/л (N 139-169),билирубин общ. 9,8, ммоль/л (N 8,55-20,52), АлАТ 18,2 Ед/л, АсАТ 23,7 Ед/л.

5. Гликемический профиль: уровень сахара в 8.00-18,3 ммоль/л, 12.30-11,0 ммоль/л, в 17.00-16,5 ммоль/л, в 20.00 - 14,2 ммоль/л, в 23.00-9,6 ммоль/л, в 3.00-5,9 ммоль/л,

6. Анализ мочи на сахар: кол-во-300,0 мл, сахар-185,3 ммоль/л., ацетон-отрицат. 7. HbA1c- 9,1%

**Вопросы:**

1. Поставить диагноз

2. Обосновать диагноз

3. Провести дифференциальную диагностику

4. Составить план лечения

5. Составить план реабилитации

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | **5 баллов** – более 91 % правильных ответов**4 балла** – 81 – 90% правильных ответов**3 балла** – 71 – 80 % правильных ответов**2 балла** – менее 70 % правильных ответов |
| **Устный опрос** | **5 баллов** выставляется за ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| **4 балла** выставляется за ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| **3 балла** выставляется за ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **2 балла** выставляется за ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Проверка практических навыков****решение ситуационных****задач** |  **5 баллов** выставляется за правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
|  **4 балла** выставляется за правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| **3 балла** выставляется за правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, со слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
|  **2 балла** выставляется за неправильный ответ на вопрос задачи. Отсутствуют ответы на дополнительные вопросы. |
| **Проверка практических навыков****Анализ рентгенограмм** | Для оценки качества описания предложенной рентгенограммы мы используем примерную схему, подходящую к различным рентгенологическим методам.1. Область исследования
2. Метод исследования (обзорная рентгенография, исследование с контрастированием и т.д)
3. Проекция снимка
4. Оценка качества рентгенограммы
5. Сравнительная оценка легочных полей (площадь, форма, прозрачность)
6. Состояние средостения
7. Положение кости (обычное, смещение вследствие вывиха или подвывиха)
8. Наружные контуры кости с учетом анатомических особенностей (ровные или неровные, четкие или нечеткие)
9. Реакция надкостницы
10. Костная структура
11. Описание костных отломков
12. Условия проведенного рентгеноурологического исследования (экскреторная урография, цистография и т.д.)
13. Форма, положение, взаиморасположение и размеры почек
14. Состояние чашечно-лоханочной системы
15. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса

 **5 баллов** выставляется за правильные ответы на все оценочные критерии **4 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 75% оценочных критериев **3 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25 - 50% оценочных критериев**2 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25% оценочных критериев |

# 4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины

# «Дифференциальные вопросы общей практики»

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с Положением П 004.02-2019 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся»» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося,
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

# Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 70 баллов или 5 балов по 5-балльной шкале) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк),

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, доклад /с презентацией; выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Количество баллов складывается как среднеарифметическое всех контрольных точек – входной контроль, устный ответ, выполнение практического задания (самостоятельная работа студента). Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме письменного решения ситуационной задачи и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

# Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося.

Бонусные баллы начисляются только при успешном выполнении учебного процесса (текущий фактический рейтинг не менее 40 баллов или не менее 3 баллов по 5-балльной системе). При меньших значениях текущего фактического рейтинга бонусные баллы не начисляются.

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально 15 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности.

# Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид бонусной работы** | **Баллы** | **Вид контроля** |
| 1 |  Подготовка презентации по заданной тематике |  0 - 5 |  Оценка презентации |
| 2 |  Подготовка реферата |  0 - 5 |  Оценка реферата |
| 3 |  Создание наглядного пособия  по теме занятия изучаемой  дисциплины –  плакат, альбом, объемная модель |  0 - 5 |  Оценка наглядного пособия |