

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по
практикам.**

Наименование дисциплины: **Детская кардиология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.13 Детская
кардиология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский кардиолог**

Кафедра: **Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной
хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического
образования.**

Форма обучения – очная


Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Ледяев Михаил Яковлевич	профессор	д.м.н., профессор	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Светлова Любовь Владимировна	доцент	к.м.н.	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.13 «Детская кардиология» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 15 от «13» мая 2024 г.

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, д.м.н., профессор  Ю.М.Лопатин

Рецензент: заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, Черненко Ю.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 12 от «24 06» 2024 г.

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л.Науменко/

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27 06» 2024 г..

Секретарь
Ученого совета



М.В.Кабытова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ.**

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ
СРЕДСТВ**

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально- ориентированной	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность

		<p>ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения</p>		<p>оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи</p>
	Индивидуальные задания	<p>Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>	Темы рефератов	<p>Содержательные:</p> <p>соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные:</p> <p>объем работы составляет от 20 до 30 страниц;</p>

				<p>форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал);</p> <p>соответствие стиля изложения требованиям научного жанра;</p> <p>грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация);</p> <p>перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
--	--	--	--	---

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам и индивидуальным заданиям

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал,

Оценка	Описание
	хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

А) ФОС для базовой части производственной (клинической) практики

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации,
2. провести дифференциальную диагностику заболеваний ССС у детей,
3. обосновать клинический диагноз;
4. разработать схему, план и тактику ведения больного ребенка в сложных клинических случаях,
5. обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению лекарственной терапии;
6. определить необходимость дополнительных и специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических),
7. организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
8. провести дифференциальную диагностику заболеваний ССС у детей;
9. использовать методики распознавания и купирования следующих неотложных состояний: анафилактический шок, геморрагический шок, угрожающие нарушения сердечного ритма, острая сердечная недостаточность;
10. разработать план диспансерного наблюдения ребенка с заболеванием ССС;
11. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни ребенка с заболеваниями ССС;
12. обосновать назначение необходимых лабораторных и дополнительных исследований;
13. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи в диагностике патологического процесса и определении его активности;
14. обосновать показания к назначению больному антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, диуретиков, СГ;
15. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных заболеваниях ССС;
16. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, физиотерапию.
17. Провести экспертизу качества медицинской помощи.
18. Провести санитарно-просветительскую работу с населением по профилактике заболеваний ССС и мотивации здорового образа жизни.

Вопросы для устного собеседования

1. Организация детской кардиологической службы. Виды и сроки диспансеризации.
2. Особенности профилактики различных заболеваний у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
3. Санитарно-профилактическая работа среди детей и родителей.

4. Антигипертензивные препараты, показания к применению в детской кардиологии.
5. Артериальная гипертензия: классификация, диагностика, факторы риска в детском возрасте.
6. Артериальная гипотензия в детском возрасте: клиника, диагностика, лечение.
7. Вегетативная дистония: понятие, классификация, клиника в зависимости от вида дисрегуляции вегетативной нервной системы, лечение.
8. Возрастные особенности электрокардиографии у детей.
9. Вопросы первичной профилактики в детской кардиоревматологии.
10. Вопросы профилактики сердечно-сосудистых и ревматических болезней в педиатрии.
11. Врожденные пороки сердца с цианозом: тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, общий артериальный ствол.
12. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, клиника, лечение.
13. Врожденные пороки сердца: дефект межпредсердной перегородки, клиника, диагностика, лечение.
14. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты, диагностика, клиника, лечение.
15. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, клинические симптомы, диагностика.
16. Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний и заболеваний крови (гемофилия, гематоонкология).
17. Дифференциальная диагностика ревматических и инфекционных заболеваний.
18. Иммунологические методы диагностики в детской кардиоревматологии.
19. Инфекционный эндокардит: этиология, диагностика, клиника, лечение.
20. Кардиальные предикторы синдрома внезапной смерти у детей.
21. Кардиологические аспекты эндокринных заболеваний: сахарный диабет, гипер- и гипотиреоз.
22. Кардиомиопатии, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение, прогноз.
23. Клинические и лабораторные методы исследования в кардиологии.
24. Лабораторные методы диагностики в детской кардиоревматологии.
25. Легочная гипертензия: понятие, патоморфология, классификация, клинические проявления, лечение.
26. Лечение диффузных заболеваний соединительной ткани: общие принципы терапии и особенности лечения отдельных нозологических форм.
27. Малые аномалии развития сердца у детей.
28. Методы диагностики врожденных пороков сердца у детей.
29. Миокардиты у детей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Морфофункциональные особенности сердечно - сосудистой системы у детей.
31. Наджелудочковые и желудочковые тахикардии, диагностика, лечение, показания к интервенционной терапии.
32. Нарушения проводимости, атриовентрикулярные блокады: клиника, диагностика, виды терапии, прогноз.
33. Нарушения сердечного ритма, экстрасистолия в детском возрасте, клиника, диагностика.
34. Нарушения сердечного ритма: экстрасистолия, комплексная терапия, показания к назначению антиаритмических препаратов.
35. Наследственные заболевания, проявляющиеся сердечно-сосудистой патологией (болезнь Дауна, синдром Марфана, синдром Элерса- Данлоса).
36. Недостаточность кровообращения у детей, этиология, патогенез, классификация, понятие о функциональных классах, лечение хронической сердечной недостаточности.
37. Общая характеристика иммунной системы и неспецифических факторов защиты у детей.
38. Организация кардиологической службы, правовые основы деятельности врача-

- детского кардиолога.
39. Организация медицинской помощи детям с сердечно-сосудистой патологией.
 40. Особенности клиники реактивных артритов различной этиологии.
 41. Острая ревматическая лихорадка у детей: эпидемиология, этиология, патоморфология, классификация.
 42. Острая сердечная недостаточность: клиника, интенсивная терапия.
 43. Пароксизмальные и непароксизмальные тахикардии, клинические особенности, диагностика, лечение.
 44. Перикардиты у детей: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение.
 45. Пренатальная диагностика врожденных пороков сердца.
 46. Приобретенные пороки сердца у детей: этиология, клиника, лечение.
 47. Пролапс митрального клапана, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз.
 48. Реабилитация и диспансеризация детей с патологией сердца и суставов.
 49. Реактивные артриты: этиопатогенез, значение инфекции в иммунном ответе.
 50. Ревматизм у детей: клиническая характеристика на современном этапе, диагностика.
 51. Ревматические заболевания, терапия: противовоспалительные препараты, характеристика, основные группы нестероидных противовоспалительных средств, применение в детской кардиоревматологии, показания к назначению, способы введения, характеристика стероидных препаратов.
 52. Рентгенологическая диагностика заболеваний сердца и сосудов у детей.
 53. Сердечные гликозиды, диуретики: показания и способы применения в детской кардиологии, побочные действия.
 54. Синдром слабости синусового узла, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.
 55. Системная красная волчанка: критерии диагностики, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями соединительной ткани.
 56. Современное состояние детской ревматологии, эпидемиология, общие принципы диагностики.
 57. Суточное мониторирование ЭКГ и АД у детей, показания к применению и значение результатов исследований в практике врача- детского кардиолога.
 58. Хроническая сердечная недостаточность у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение.
 59. Ювенильный ревматоидный артрит: клинические особенности различных форм заболевания, дифференциальная диагностика с другими болезнями суставов.
 60. Ювенильный ревматоидный артрит: эпидемиология, классификация, диагностические критерии, принципы терапии.

Банк ситуационных клинических задач

Задача № 1

Саша И., 12 лет поступил в отделение с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, боли и отечность в коленных и голеностопных суставах. Мальчик уже лечился в больнице по поводу ревматизма год назад. Получал антибиотики, салицилаты, гормоны. Последнее обострение началось с болей и отечности в коленных суставах, через 2 дня возникли боли и отечность голеностопных суставов. Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые чистые. Миндалины выступают на две трети из-за дужек, разрыхлены. Со стороны легких - без особенностей.

При осмотре отмечается пульсация шейных сосудов. Верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии слева, усилен и разлитой. ЧСС 96 в минуту, высокий и скорый пульс. АД 120/50 мм.рт.ст. Границы относительной

сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации - I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте ослаблен. Нежный, дующий систолический шум на верхушке, в III-IV межреберье у края грудины дующий диастолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 124 г/л, Л. - $12 \times 10^9/л$, э - 4%, п - 5%, с - 60%, л - 26%, м - 5%, СОЭ 45 мм/ч. Серомукоиды - 0,4, СРБ - 10 мг/л, ДФА - 0,31 ед., общий белок - 60 г/л, альбумины - 45%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 - 16%, β - 13%, γ - 22%, коэффициент А/Г - 0,8. Анализ мочи - без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

Ответ к задаче № 1:

1. Ревматизм 2, активная фаза, акт. 3, возвратный рев-мокардит, аортальная недостаточность, относительная митральная недостаточность, полиартрит острое течение, НК 2а.
2. Титры стрептококковых антител, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.
3. Режим, стол 10. Медикаментозная терапия: преднизолон с 30 мг в сутки по схеме, ацетилсалициловая кислота 0,5х4 раза после еды по схеме, пенициллин 500 000 ЕД х 3 р в/м с переходом на бицил-лин-3, затем бициллин-5, кардиотрофики: ККБ 100 мг в/м №10. Делалил 0,25 на ночь в течение года. Витаминотерапия.

Задача № 2

Никита А., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость после физической нагрузки, одышку при подъеме по лестнице, утомляемость. Перенес 3 недели назад ОРВИ с лихорадкой в течение 3-х дней, насморком, кашлем. Лечился парацетамолом, бромгексином. При повторном осмотре педиатром выявлен систолический шум на верхушке сердца, наличие экстрасистолии.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Масса 42 кг, рост 154 см. Кожа чистая, несколько бледная, цианоза нет. Отмечается пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС - 100 ударов в минуту, АД - 90/55 мм.рт.ст. Выслушиваются экстрасистолы до 10 в мин., на верхушке и в точке Боткина - систолический шум средней интенсивности, не проводится за пределы сердца, стоя не меняется. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови - ускорение СОЭ до 20 мм/час. Серомукоиды 0,25, СРБ >6 мг/л; билирубин, трансаминазы - в норме. Анализ мочи - без патологии. На ЭКГ - признаки перегрузки и гипертрофии левого желудочка, единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

Ответ к задаче № 2:

1. Неревматический миокардит, относительная недостаточность митрального клапана, экстрасистолия, АВ-блокада I степени. НК 26.
2. ФКГ, ЭхоКГ+ доплер ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени, кровь на ЦИК, кровь на антивирусные антитела.
3. Постельный режим, стол 10. Медикаментозная терапия: преднизолон 40 мг в сутки на 2 недели, с постепенной отменой, фуросемид, верошпирон в возрастной дозе, вольтарен или ортофен, при снижении сократительной функции миокарда (снижение ФВ на ЭхоКГ) - дигитализация, кардиотрофики, метаболиты.

Задача № 3

Больной И., 9 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились полгода назад. С двухмесячного возраста был обнаружен систолический шум в области II-III межреберья слева от грудины. В анамнезе – частые простудные заболевания, бронхиты.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения, кожные покровы бледные, чистые, отеков нет. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД- 24 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье на 1 см снаружи от левой СКЛ. ЧСС 108 в минуту, АД- 120/60 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, верхняя - III ребро, левая – 1 см снаружи от среднеключичной линии. При аускультации - I тон на верхушке сохранен, акцент II тона над легочной артерией. Выслушивается громкий, скребущий, систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева, усиливающийся ко II тону при нагрузке, проводится в подмышечную область. Живот мягкий, печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Вес 28 кг, рост 125 см.

Анализ крови и мочи - без патологии. ЭКГ - признаки гипертрофии левого предсердия, левого и правого желудочков.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

Ответ к задаче № 3:

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения, ОАП, НКГ.
2. Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплер ЭхоКГ.
3. Оперативное.

Задача № 4

Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на боли и припухлость в межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей, а также обоих лучезапястных суставов. Температура при этом не повышалась.

В анамнезе - ОРЗ по 3 - 4 раза в год, хронический тонзиллит. Летом обычно ездит в пионерлагерь, где много загорает.

При осмотре хорошо физически развита. Со стороны внутренних органов выраженной патологии нет. Оба лучезапястных сустава сглажены. Имеется также припухлость и ограничение движений в проксимальных межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Где обследовать больную (в поликлинике или в стационаре)?
3. Какова лечебная тактика при подтверждении диагноза?

Ответ к задаче № 4:

1. Диагноз ЮРА можно предположить на основании болей в симметрично расположенных суставах, припухлости их и ограничение подвижности. Локализация поражения типична для ЮРА.
2. Больную следует обследовать амбулаторно: общие анализы крови, мочи, кровь на ревматоидный фактор, дальнейшее углубленное обследование - в стационаре.
3. Лечебная тактика будет зависеть от степени активности процесса. Терапия должна состоять из нестероидных противовоспалительных средств, хинолиновых производных, ЛФК, физиопроцедур.

Задача № 5

Ребенок 2,5 лет осмотрен на дому. Заболел остро: повысилась температура тела до 38,5°C, появилась папулезная, розовая сыпь на внутренней поверхности верхних и нижних конечностей, боли в руках и ногах. За неделю до появления сыпи перенес ОРВИ. В течение недели продолжает лихорадить до 39°C, появилась отечность сначала в одном, а затем в другом коленном суставах.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 39,2°C, кожные покровы бледные, на верхних и нижних конечностях, а также на туловище, мелкопапулезная розовая сыпь. Отмечается увеличение всех групп лимфоузлов. Коленные суставы отечны, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в мин. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 2 см.

Анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 88 г/л, лейкоциты $15,0 \times 10^9$, нейтрофилы: палочкоядерные 10 % / сегментоядерные 72 %, лимфоциты - 14 %, моноциты - 4 %, СОЭ 47 мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Какова Ваша тактика?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Каков предположительный диагноз?

Ответ к задаче № 5:

1. Больного необходимо госпитализировать.
2. Для уточнения диагноза, необходимо: а) биохимические показатели крови (общий белок, протеинограмма, ДФА), б) иммунологические показатели (ревматоидный фактор, иммуноглобулин, комплемент), в) рентгенография суставов, г) при наличии жидкости в коленном суставе - диагностическая пункция сустава.
3. Если лабораторные исследования подтвердят ЮРА, то следует предположить аллергосептический вариант (Висслера-Фанкони).

Задача № 6

Больной А., 6 лет поступил с жалобами на частые простудные заболевания. Из анамнеза: с 2-х месячного возраста выслушивается систолический шум в IV-V межреберье слева от грудины. Направлен для уточнения диагноза.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожа чистая, обычной окраски. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное,

ЧД 24 в минуту. Верхушечный толчок в V межреберье кнутри от среднеключичной линии, 2 см в диаметре, ЧСС 94 в минуту, АД 115/60 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации I тон на верхушке не изменен, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, грубый, скребущий систолический шум, с максимумом в IV-V межреберье слева, не иррадирует. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 6-5-4 см. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Вес 22 кг, рост 120 см.

Анализ крови - без патологии, на ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз?
- 2.Наметьте план дополнительного обследования?
- 3.Обоснуйте тактику лечения.

Ответ к задаче № 6:

- 1.ВПС, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части (болезнь Толочинова - Роже), НК 0.
- 2.Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплер ЭхоКГ
- 3.В лечении не нуждается.

Задача № 7

Света И., 9 лет, поступила в клинику с жалобами на вялость, сонливость, слабость в руках и ногах, артралгии. Больна около 2-х месяцев: учителя обратили внимание, что девочка стала невнимательной на уроках, раздражительной и плаксивой, стала неряшливо писать, возникли нарушения речи.

Состояние средней тяжести, на вопросы отвечает с трудом из-за невнятности речи. Зев и слизистые чистые, признаки хронического тонзиллита. Мышечный тонус снижен. При осмотре выявлены гиперкинезы, положительный симптом "дряблых плеч", Черни, Гордона, Филатова, нарушение координации. Суставы внешне не изменены, движения в суставах в полном объеме. Легкие - без особенностей. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, АД 110/60 мм. рт. ст. Пульс 86 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 120 г/л, ЦП - 0,9, Л - $8,5 \times 10^9/л$, э-5%, п-4%, с-63%, лимф.-22%, мон.-6%, СОЭ-15 мм/ч. Анализ мочи - без патологии. СРБ - отрицателен, серомукоиды - 0,15, ДФА - 0,250. Общий белок 69 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 8%, α_2 – 12%, β – 13%, γ - 17%, коэффициент А/Г - 1,0.

ВОПРОСЫ:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Назначьте лечение.

Ответ:

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза, активность I степени без поражения сердца, хорея, острое течение, НК0.
- 2.Дифференцировать с: энцефалитом с гиперкинезами, неврозом навязчивых движений, нервными тиками

3. Режим постельный, стол 15. Медикаментозная терапия : пенициллин 500000 ЕД х 3 в/м с последующим переходом на бициллин - 3, ацетилсалициловая кислота 0,5 х 4 р. после еды, седативные препараты, ноотропы, поливитамины, ФТЛ (электросон).

Задача № 8

У девочки 2 лет, повысилась температура до 38°C и появились боли и отечность в левом локтевом суставе. В анализе крови лейкоцитоз и повышенная СОЭ.

Девочка была госпитализирована в больницу, где ей был поставлен диагноз остеомиелита левого плеча, по поводу которого произведен разрез и ревизия раны. Диагноз не подтвердился. Вскоре присоединилась болезненность и отечность в другом локтевом суставе, а затем в обоих коленных и голеностопных суставах, ребенок перестал ходить, развилась анемия. Больная была переведена в для дальнейшего обследования в клинику детских болезней.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования.

Ответ : 1. При наличии перечисленных симптомов диагноз ЮРА с уверенностью поставить нельзя, т. к. первоначальные симптомы болезни, такие как лихорадка, артралгия, лейкоцитоз и повышенная СОЭ являются неспецифическими. ЮРА нужно было заподозрить.

2. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить между ЮРА и ревматизмом, с системной красной волчанкой и склеродермией, а также с травмой сустава в начале заболевания и туберкулезным поражением сустава.
3. Чтобы правильно поставить диагноз необходимо тщательно обследовать больную, уточнить анамнез, использовать дополнительные методы обследования

Задача № 9

Мальчик 9 лет поступил в отделение с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились около 2 месяцев назад.

Из анамнеза: с 2-х месячного возраста был обнаружен систолический шум в области II-III межреберья слева от грудины, с 8 мес. часто болеет простудными заболеваниями.

При осмотре состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье слева. ЧСС 94 в 1 мин. АД 120/40 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя – III ребро, левая по среднеключичной линии. При аускультации определяется акцент II тона над легочной артерией, выслушивается интенсивный, скребущий систоло-диастолический шум во II межреберье слева от грудины. Шум усиливается ко II тону при нагрузке, проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. На ФКГ - систоло-диастолический шум.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения. ОАП, Пстадия, НК₁.
2. Рентгенография органов грудной клетки. ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ.
3. Лечение оперативное.

Задача № 10

Девочка 12 лет поступила в детское отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 3 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Начало заболевания родители связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. На фоне сохраняющегося субфебрилитета летом девочка отдыхала у бабушки в деревне, много находилась на солнце, загорала, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2-3 раза в год ОРВИ, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Лимфатические узлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. Лучезапястные, локтевые и голеностопные суставы отечны, движения в них умеренно болезненны. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 120×10^9 /л, Лейк - $3,5 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 2%, с - 62%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоиды - 0,3 ед, СРБ - 15 мг/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/зр, эритроциты - 20-25 в п/зр.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Диффузное заболевание соединительной ткани (системная красная волчанка?)
2. Антинуклеарные антитела, скрининг антител к экстрагируемым ядерным антигенам, антитела к двуспиральной ДНК, антифосфолипидные антитела
3. Системная склеродермия, узелковый периартериит, дерматомиозит.
4. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), глюкокортикоиды, цитостатические препараты, пульс-терапия глюкокортикоидами, аминохинолиновые препараты, биологические препараты назначаются для введения внутривенно, если другие методы не принесли успеха.

Практические навыки

- работа с медицинской документацией в условиях поликлиники, амбулатории и стационара в соответствии с нормативными требованиями;
- проводить пропаганду здорового образа жизни среди детей школьного и подросткового возраста и родителей;
- организация профилактической работы по снижению заболеваемости детей;

- организация диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми, детьми из группы риска; проводить профилактику обострений хронических заболеваний; оценить эффективность результатов диспансеризации детей и профилактической работы по снижению заболеваемости детей;
- провести осмотр и физикальное обследование детей от неонатального до подросткового возраста; оценить показатели и динамику физического, психо-эмоционального развития ребенка в соответствии с его возрастом;
- оценить тяжесть состояния заболевшего ребенка, провести клиническое исследование по органам и системам с учетом возрастных особенностей;
- проанализировать и интерпретировать:
 - клинические данные осмотра;
 - результаты лабораторных и инструментальных обследований больного ребенка;
 - обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с международной классификацией (МКБ); провести дифференциальный диагноз;
 - назначить лечение в соответствии с заболеванием и возрастом больного ребенка;
 - прогнозировать развитие и исход заболевания;
- оценка данных рентгенологического исследования грудной клетки;
- выполнение и интерпретация результатов электрокардиологического исследования сердца, включая стандартную электрокардиографию, ХМ, ЧПС, ЭКГ высокого разрешения;
- выполнение и интерпретация данных эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- интерпретация результатов рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии.
- выполнение и интерпретация результатов стресс-тестов;
- выполнение катетеризации сосудов;
- оказание неотложной помощи при наиболее часто встречающихся в детской кардиологии критических состояниях: острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, инфекционно-токсическом и анафилактическом шоке;
- организация первичной врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения.
- проведение первичной сердечно-легочной реанимации.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

2. Индивидуальные задания

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

3.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	ЗС – решение ситуационных задач	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Задачи	Практические навыки из перечня
УК	1	1-21	1-29	1-10	-
	2	1, 3	1-3	-	-
	3	12-21	1-3	-	-
ПК	1	8,12	22-24	1-10	-
	2	1-21	25	-	1-33
	3	1-17	26	-	-

4	1-21	27	-	-
5	4,5,9	5,16-21	1-10	1-33
6	6	4	1-10	-
7	2,6	5, 6, 8	1-10	1-33
8	1-17	-	-	1-33
9	7	28, 29	-	1-33
10	15	-	-	-
11	3	6	1-10	-
12	14	3,10,11- 16	1-10	-

Б) ФОС для вариативной части производственной (клинической) практики

Раздел: Детская эндокринология

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая часть эндокринологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация амбулаторной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями. (ОПК2) 2. Организация стационарной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями. (ОПК2) 3. Организация работы эндокринологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. (ОПК2) 4. Строение гипоталамо-гипофизарной системы. Механизмы взаимодействия нервной и эндокринной систем (гипоталамус – гипофиз). Взаимодействие с периферическими эндокринными железами. Возрастные анатомо-физиологические особенности гипоталамо-гипофизарной системы. (ОПК1) 5. Нарушения взаимодействий гипоталамо – гипофизарной системы. Гипофизарная недостаточность. Гиперсекреция тропных гормонов. (ОПК1) 6. Классификация синдрома Иценко – Кушинга. Этиология. Патологическая анатомия. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания, диагностические критерии. Современные возможности терапии. (ОПК4, ОПК5) 7. Патология роста. Физиологические особенности роста у детей различных возрастов. Критерии оценки физического развития. Биологический и паспортный возраст. Конституциональные особенности роста у детей. (ОПК4) 8. Низкорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6) 9. Высокорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6) 10. Гипогонадизм. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Классификация. Триггерные механизмы. Клинические признаки манифестации. Критерии диагноза. (ОПК1, ОПК4) 12. Сахарный диабет 1 типа. Осложнения. Основные патогенетические механизмы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Профилактика. Диетотерапия сахарного диабета. Гликемический индекс. Расчет питания. Хлебные единицы. (ОПК5) 13. Инсулинотерапия. Фармакологические особенности инсулинов. Способы введения инсулина. Осложнения инсулинотерапии. Мониторинг больных

	<p>сахарным диабетом. Профилактика развития осложнений. Профилактика интеркуррентных заболеваний. Принципы вакцинации. (ОПК5, ОПК6)</p> <p>14. Гипогликемия. Определение. Диагностика. Классификация. Клинические проявления. Лечение. Профилактика. Гипогликемическая кома. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>15. Гипергликемическая кома. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>16. Сахарный диабет 2 типа. Эпидемиология сахарного диабета. Патогенез. Классификация. Особенности у детей. Клинические проявления. Диагностика. (ОПК4)</p> <p>17. Ожирение. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>18. Гипотиреоз. Эпидемиология. Врожденный гипотиреоз. Группа риска. Клинические признаки в периоде новорожденности. Скрининг новорожденных. Критерии диагноза. Возрастные особенности клинических проявлений и течения гипотиреоза. Диагностические критерии. (ОПК4)</p> <p>19. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>20. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика. (ОПК10)</p> <p>21. Эндемический зоб. Определение. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>22. Гипопаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>23. Гиперпаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>24. Надпочечники. Анатомо-физиологические особенности. (ОПК1)</p> <p>25. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение. (ОПК10)</p> <p>26. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. (ОПК10)</p> <p>27. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>28. Преждевременное половое созревание. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>29. Задержка полового развития. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>30. Нарушения половой дифференцировки. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</p>
--	---

Темы индивидуальных заданий:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая часть эндокринологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные положения организации детской эндокринологической службы. (ОПК2) 2. Возрастные особенности гипоталамо-гипофизарной системы. (ОПК1) 3. Взаимодействие гипоталамуса – гипофиза – периферических эндокринных желез. (ОПК1) 4. Клинические проявления и диагностические критерии гипофизарной недостаточности. (ОПК4) 5. Гиперпролактинемия – причины и диагностические критерии. (ОПК4) 6. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга дифференциально – диагностические критерии. (ОПК4) 7. Соматотропный гормон физиологические влияния. (ОПК1) 8. Соматотропная недостаточность – причины и диагностические критерии.
---	---

	<p>(ОПК4)</p> <p>9. Соматотропная недостаточность – современные возможности коррекции. (ОПК5)</p> <p>10. Высоторослость – причины и возможности коррекции. (ОПК1)</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<p>11. Сахарный диабет 1 типа у детей. Патогенетические механизмы развития клинических симптомов манифестации. (ОПК4)</p> <p>12. Гипергликемическая кома. Алгоритм неотложной помощи. (ОПК10)</p> <p>13. Инсулиноterapia. Современные способы доставки. (ОПК5)</p> <p>14. Фармакологические особенности инсулинов. Особенности назначения в детской практике. (ОПК5)</p> <p>15. Гипогликемические состояния: причины, патогенетические механизмы. Клинические проявления. (ОПК4)</p> <p>16. Диабетическая гипогликемическая кома: причины, этапы развития, клинические проявления. (ОПК4)</p> <p>17. Врожденный гипотиреоз: причины, механизмы развития, ранняя диагностика. (ОПК1)</p> <p>18. Йоддефицитные состояния: распространенность, причины, заболевания, связанные с дефицитом йода. (ОПК1)</p> <p>19. Специфическая и не специфическая профилактика дефицита йода. (ОПК8)</p> <p>20. Тиреотоксический криз: алгоритм диагностики и неотложной помощи. (ОПК10)</p> <p>21. Гиперплазия коры надпочечников: биохимические механизмы развития, классификация. (ОПК1)</p> <p>22. Аденогенитальный синдром возможности ранней диагностики, особенности у мальчиков и девочек. (ОПК4)</p> <p>23. Фармакологические свойства препаратов глюкокортикоидов, показания к применению, критерии эффективности. (ОПК5)</p> <p>24. Генетические и эндокринные детерминанты развития ожирения в детском возрасте. (ОПК1)</p> <p>25. Дифференциально-диагностические критерии различных форм ожирения у детей. (ОПК4)</p> <p>26. Возможности коррекции простого ожирения (диета, физические нагрузки, медикаментозная терапия). (ОПК5)</p> <p>27. Анатомо-физиологические особенности половой дифференцировки у мальчиков и девочек. Критерии оценки полового развития. (ОПК4)</p> <p>28. Преждевременное половое развитие у мальчиков: причины, критерии диагноза. (ОПК4)</p> <p>29. Задержка полового развития у мальчиков: причины, классификация, возможности коррекции. (ОПК1)</p> <p>30. Варианты нарушения полового развития у девочек: причины, возможные механизмы, классификация. (ОПК1)</p>

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 1 «Общая часть эндокринологии»</p>	<p>1. Задача №1. (Гипофизарный нанизм.) (ОПК4, ПК1)</p> <p>Девочка 5 лет. Жалобы: на отставание в росте. Анамнез болезни: на первом году жизни росла и развивалась в соответствии с возрастом. К пяти годам родители заметили отставание в росте от сверстников. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 11 неделе (лечение стационарное). Роды в срок. Масса 3200 г, длина 54 см. На первом году в развитии не отставала, не болела. Семья обеспеченная, в питании не ограничена. Привита по возрасту. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. Шея относительно короткая, лицо «кукольное», пупок низко расположен. Волосы тонкие, ломкие. Голос высокий. Кожа тонкая, нежная, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. ЧД 32/мин. Дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 108/мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, ясные. Нежный систолический шум выслушивается вдоль левого края грудины, не проводится за пределы области сердца. Живот мягкий, безболезненный.</p>
---	--

Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, раз в 1-2 дня, склонность к запорам. Мочиспускание не нарушено. Половые органы сформированы правильно по женскому типу. Антропометрические данные: рост 94 см, вес 15 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,89, лейкоц. $4,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 250,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1021, белок - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. 0 в п/зр., цилиндры - нет, слизи и солей - не обнаружено. Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 3,5 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, НЭЖК-0,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АлАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед. Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Са 2,7 ммоль/л.

Протеинограмма крови: общий белок 65 г/л, альбумины 52 %, глобулины 48%: альфа1-5,6 %, альфа2-9,4 %, бета-15,1%, гамма-17,9%. Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4). ЛГ 1,5 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 1,8 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Клофелиновая проба: до - СТГ 2 нг/мл, после - 2,5 нг/мл.

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: появилась трехгранная кость. Компьютерная томография головного мозга: гипоплазия гипофиза. ЭхоКГ: в полости левого желудочка ложная хорда. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме. Невролог: рефлексы D=S, живые. Симптомов поражения ЦНС нет. Кариотип: 46,XX.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

2. Задача №2. (Конституциональный нанизм.) (ОПК4, ПК1)

Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте. Анамнез болезни: до 10 лет не отставал от сверстников, имел возрастные параметры роста и веса. Потом постепенно стала нарастать разница в росте. Не появились вторичные половые признаки.

Анамнез жизни: от 3 беременности, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3,300, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ, ветряная оспа в 5 лет. Привит по возрасту. Семейный анамнез: по мнению отца - поздний пубертат. Родители среднего роста (мать 162 см, отец 174 см), старший брат 18 лет рост 175 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые чистые. В зеве без воспалительных изменений. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы и тоны сердца сохранены. ЧСС 72 в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в дыхании. Пальпация поверхностная и глубокая безболезненна. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Aх 0, I 0. Размер яичек 9,0 см x 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}$ /л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9$ /л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320×10^9 /л. Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К АГ=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л. Фосфор неорганический 1,6 ммоль/л (N 1,45-1,78), кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л. Тестостерон: в сыворотке крови - 44 мг% (норма в 13 лет от 80 до 1000). После одновременной пробы с ХГ - уровень 91 мг%. Уровень гормонов крови: ЛГ - 2,5 мМЕ/м (N 0,04-3,6), ФСГ - 3,0 мМЕ/мл (N 0,3-

4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 14 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 8,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

3. Задача №3. (Синдром Шерешевского-Тернера.) (ОПК4, ПК1)

Девочка 13 лет.

Жалобы: на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков.

Анамнез заболевания: девочка отстает в росте с 7-8 лет, ростовые прибавки в год составляли 3-4 см., за последние 2 года выросла на 3,5 см, вторичные половые признаки не появились. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, матери 36 лет, заболевания во время беременности отрицает. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 50 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев краснуха. С 4-х летнего возраста состоит на "Д" учете по поводу хронического пиелонефрита, последнее обострение было 2 года назад, 1 раз в год болеет ОРВИ. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, выражение лица осмысленное, активная, контактная. Рост 136 см, масса тела 28 кг. Длина верхней половины туловища значительно больше нижней. Уши деформированы, расположены низко. Шея широкая, короткая, широкие кожные складки, идущие от сосцевидных отростков к плечам. Низкий рост волос. На кистях рук укорочение IV пальца и искривление V. На стопах III, IV, V пальцы укорочены и деформированы, расстояние между I и II пальцами стоп увеличено. Голени пастозны. Широкая грудная клетка, гипертелоризм сосков. Короткие предплечья. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы 11-1П и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. Тремора, судорог нет. Деформаций костей, суставов нет. Движения в полном объеме. Миндалины не увеличены, задняя стенка глотки без особенностей. Твердое небо низко расположено, узкое. Неправильный рост зубов. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум над всей областью сердца с максимумом звучания на верхушке. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочепускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Наружные половые органы по женскому типу, соответствуют 6-7 летнему возрасту. Вторичных половых признаков нет. Психоориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевина 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л, Са 2,8 ммоль/л, К 4,0 ммоль/л, Na 138 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 4,7 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ - 7,5 мМЕ/мл (N 0,68-6,7), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, СТГ - 8,1 нг/мл, эстрогены общие - снижены. Суточная экскреция с мочей: 17-КС 0,5 мг/сут (N 1-6). Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: деформация IV и V пястных костей, деференцировка скелета соответствует 11-12 годам (головчатая, крючковидная, трехгранная, полулунная, ладьевидная кости, кость трапеция, гороховидная кость и сесамовидная кость в пятом пястнофаланговом суставе, а также дистальные эпифизы локтевой и лучевой костей, эпифизы фаланг и шиловидный отросток локтевой кости). ЭКГ: Синусовый ритм. Вертикальное положение ЭОС. ЭхоКГ: дефект

межпредсердной перегородки, гемодинамически незначимый. УЗИ гениталий: агенезия яичников и матки. Окулист: глазное дно в норме. ЛОР-врач: патологии не выявлено. УЗИ органов малого таза: гипоплазия матки, яичники не визуализируются.
Кариотип: 45,ХО.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможности терапии.
4. Составьте план диспансеризации.

4. Задача №4. (Низкорослость семейная.) (ОПК4, ОПК5, ОПК6, ОПК7)

Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1 раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9/л$, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты $320 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.

Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости.

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможности терапии.
4. Составьте план реабилитации.

5. Задача №5. (Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза) (ОПК4, УК1, ОПК5)

Мальчик 15 лет. Жалобы: на высокий рост, общую слабость, утомляемость, увеличение кистей и стоп. Анамнез болезни: До 12 лет по длине тела не отличался от сверстников. Позднее стал быстро расти. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 2 родов, протекавшей с патологии. Роды в срок. Масса тела 3200 г. Длина 53 см. Развивался нормально. Перенес ветряную оспу, корь, эпидемический паротит. Привит по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители среднего роста. Объективный статус: состояние

	<p>удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Несколько укрупнены черты лица (нос, губы, подбородок). Крупные кисти и стопы. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. ЧД 18/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по мужскому типу. Р 4, I 1, Ах 3, Г 1. Антропометрические данные: Рост 193 см, масса тела 88,7 кг. Данные обследования:Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты отр., эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 16,6 ммоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л, глюкоза крови натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа - 5,7 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 4,6 нмоль/л (N 4-8), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 13,1 МЕ/л (N 8,4-17,8). Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1), СТГ 32 нг/мл (N до 10). Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости. Окулист: глазное дно в норме. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: кости свода утолщены, венечный шов склерозирован, сосудистые борозды слабо выражены, турецкое седло значительно увеличено во всех направлениях, клиновидная пазуха уменьшена в высоте. Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведена гипофизэктомия. Гистологическом исследовании удаленного препарата: доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 4. Составьте план диспансеризации.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 2 «<i>Частная эндокринология</i>»</p>	<p>6. Задача №6 (Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом) (ОПК4, ОПК10) Девочка, 11 мес. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Вес при рождении 3250, рост 51 см. Беременность протекала физиологично. Всю беременность мать ребенка получала йодпрофилактику (йодомарин), в 4 триместре по поводу анемии принимала фенюльс. Неонатальный период без особенностей. В 4 месяца перенесла ОРВИ, по поводу которой проводилась симптоматическая терапия. Грудное вскармливание до 6 месяцев, в дальнейшем искусственное адаптированными смесями. В 10 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела. Ребенок обследовался по поводу дисбактериоза в поликлинике. В течение 2 недель мать отмечает ухудшение состояния ребенка: появилось беспокойство, срыгивания с неприятным запахом, частые мочеиспускания. При поступлении: Состояние средней степени тяжести. Ребенок капризный, во время осмотра плачет, негативен. Температура 37,3°C. Кожные покровы сухие. В области надбровных дуг, подбородка гиперемия. Губы яркие, сухие, единичные корочки, язык яркий, «малиновый». Зев: гиперемия миндалин, задней стенки глотки, лакуны расширены, налетов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, одышка 26 в минуту. Живот умеренно вздут в эпигастральной области, пальпация затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. Стул неоформленный, 4-6 раз в сутки, диурез учащен. ОАК: Нб -101г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,8 L -12,0 г/л, п/я- 5%, с/я- 30%, э- 2%, л- 55%, м 8%, СОЭ- 17 мм/ч. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1037, рН- 5,0, белок - отр., сахар- 4%., ацетон +++++, лейкоц.3-4 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0</p>

мкмоль/л, холестерин- 5,4 ммоль/л, К -3,5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза -19,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза □ 243 ммоль/л., АСТ-1,23, АСТ 1,32.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

7. Задача №7 (Гипогликемический синдром) (ОПК10)

Ребенок К., 2 года 9 мес., от первой беременности, родилась недоношенной в 34 недели в годичном предлежании. При рождении рост 43 см, масса 2070 г. На искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни наблюдалась невропатологом с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сходящееся косоглазие, рахит. Впервые в возрасте 1 года 1 месяца на фоне ОРВИ после отказа от завтрака появилось нарушение сознания, судороги. Была госпитализирована: при поступлении в стационар определялся тризм, мышечная гипотония, гипергидроз, холодные конечности, тахикардия до 134 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Гипогликемия ниже определяемых значений. Приступ был купирован введением глюкозы. Второй приступ через 10 мес., в возрасте 1г.11 мес. Судороги в ночное время, гликемия 1,8 ммоль/л. Следующий приступ - в возрасте 2 лет 9 мес., доставлен машиной скорой помощи в бессознательном состоянии, сладковатый запах изо рта, гликемия 2,0 ммоль/л. Пришел в сознание после в/в введения раствора глюкозы и преднизолона. Объективно: Рост 93,0 см (25 перцентиль), вес 13,5 кг Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Кожные покровы розовые, чистые, обычной температуры и влажности Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 95-100 уд в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, край ровный, гладкий, эластичный, безболезненный. Стул 1раз в сутки, оформленный. Диурез не нарушен. Половое развитие по мужскому типу, допубертатное, гонады в мошонке. ОАК: Нб 124г/л, эр 5,2 Е/л, L 7,4 г/л, п/я 2%, с/я 50%, э 2%, л 38%, м 8% Биохимический анализ крови: общ. белок -68,0 г/л, глюкоза -3,2 ммоль/л, холестерин -4,7 ммоль/л, К-4,0 ммоль/л, Na- 140,0 ммоль/л, щ.ф.-243 ед, АСТ-1,3 ммоль/л, АЛТ -1,6 ммоль/л. Гормональный профиль: Св.Т4 □ 17,1 пмоль/л (норма 10-25) ТТГ □ 2,44 мЕД/л (норма 0,5-3,5) Кортизол □ 513 нмоль/л (норма 150-650) Инсулин □ 6,0 мкЕд/мл (норма 3-25) С-пептид □ 0,8 пмоль/мл(норма 0,28-1,32) Проба с 18-часовым голоданием: гликемия через 6 часов □ 4,1 ммоль/л, через 12 ч. □ 3,5 ммоль/л, через 15 часов □ 3,2 ммоль/л, через 18 часов □ 1,6 ммоль/л, кетонурия (++) . Нав/м введение 1,0 мл глюкагона □ гликемия 5,4 ммоль/л

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

8. Задача №8 (Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом) (ОПК4, ОПК10)

Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. ОАК: лейкоциты - 22,0x10⁹, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%. Биохимический анализ крови: общий белок- 70,2 г/л, К -3,2 ммоль/л, Na - 132,0 ммоль/л., глюкоза - 32 ммоль/л, АСТ-45 ЕД (N до 35), АСТ 52 ЕД (N до 40).

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

9. Задача №9. (Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение) (ОПК4, ОПК5)

Девочка, 12 лет. Жалобы на возбудимость, плаксивость, раздражительность, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на шее. Анамнез заболевания: считает себя больной с лета этого года, когда возникли слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной

железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.

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. Наследственный анамнез: родители и брат здоровы. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела 37,5⁰ С, периодически повышается до 38,2⁰ С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой снижен. В области передней поверхности шеи припухлость мягких тканей видна на глаз, пальпаторно мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 118 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,0 x 10¹²/л, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- 4,06 x 10⁹/л, баз.0, эоз.1, п/яд.3, с/яд.68, лимф.45, мон.б, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1022, сахар, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл.1-2 в п/зр., цилиндр - нет, слизь 0. Биохимический анализ крови: холестерин 2,0 ммоль/л, уровень йода, связанного с белками (СБЙ)1400 нмоль/л (норма до 630,36 нмоль/л), калий плазмы 3,5 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л. Анализ крови на сахар натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 4,6 ммоль/л, через 60 мин. - 7,7 ммоль/л, через 120 мин. - 6,0 ммоль/л. Уровень гормонов в крови: Т₃ свободная фр. 40 нмоль/л, Т₄ свободная фр. 100 нмоль/л, ТТГ 0,05 мМЕ/л (N 0,17-4,05 мМЕ/л). Анализ крови на антитела к рецепторам фолликулярного эпителия (тиреоглобулину, микросомальным фракциям): титр антител к тиреоглобулину 1:120. Окулист: передний отрезок, глазные среды - прозрачны. Глазное дно в норме. Экзофтальмометрия: OD 19 мм., OS 21 мм. ЭКГ: ритм правильный, синусовый, ЧСС 120/мин. P-0,10 с, P-Q(R)-0,14 с, QRS-0,08с. Заключение: синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки увеличения размеров, диффузные изменения ткани щитовидной железы.

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

10. Задача № 10. (Эндемичный зоб). (ОПК4, ОПК6)

Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, повышенную сонливость.

Анамнез заболевания: Данные жалобы появились год назад и постепенно нарастают. В возрасте 13 лет на профилактическом осмотре в школе выявлено увеличение щитовидной железы первой степени. В последующем не обследовалась, не наблюдалась. Размеры щитовидной железы за истекший период несколько выросли. Осмотр при поступлении: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, кожные покровы суховаты, слизистые чистые, розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, за пределы сердца не проводится. ЧСС 64 - 70 в минуту. АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, стул – со склонностью к запорам. Рост 1565 см, вес 60 кг, формула полового развития: Ма2,Р2,Ах2, менструации с 14 лет. скудные. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации - мягкая, эластичная. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Данные обследования: Общий анализ крови: Нв 112 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 6 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимические показатели крови: холестерина 5,1 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ 4,61 мкМЕ/мл (N 0,65 – 4,6). Антитела к ТПО: 0. УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл, контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальный диагноз.
3. Назначить лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

11. Задача № 11. (Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение) (ОПК4, ОПК5)

Девочка 13 лет, вес 45 кг. Обратилась с жалобами на раздражительность, периодически появляющееся чувство жара, усиление аппетита, несмотря на это снижение массы тела, за последние 1,5 месяца 3 кг. Анамнез заболевания: считает себя больной 3 – 4 месяца, когда появились слабость, раздражительность, быстрая утомляемость. Обратилась к эндокринологу и была госпитализирована для обследования.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: частые ангины, бронхит, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Наследственный анамнез: родители здоровы, у дяди (по матери) ДЗТ. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела $37,1^{\circ}$ С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой истончен. Щитовидная железа видна на глаз, пальпаторно 2 степени, мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 98 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочевыделение свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- $4,06 \times 10^9$ /л, 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, р-ция кислая, уд. вес 1022, сахар, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл.1-2 в п/зр., цилиндр - нет, слизь 0. Кровь на гормоны: ТТГ 0,061 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ - 9,3 мМЕ/л (N 2,5-5,8 мМЕ/л), Т₄ - 29,8 мМЕ/л (N 11,5-23,0 мМЕ/л).

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте необходимое дообследование.

3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

12. Задача № 12. (Острый тиреоидит). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, держащуюся постоянно, чувство неловкости и давления в области шеи. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет простудными заболеваниями, последняя за 2 недели до обращения (ангина). Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, кожные покровы бледные, влажные на ощупь, область шеи утолщена, при пальпации щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, болезненная. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД до 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, мягкий систолический шум с максимумом на верхушке сердца. ЧСС 115/мин. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нв 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-5%, с/я-48%, л.-41%, м.-6%. СОЭ-17 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий плоский -1-2 в п.зр., эритроциты 0. Уровень гормонов крови: ТТГ- 1,22 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₄ свободная фракция 12 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л), Т₃ свободная фракция 2,5 нмоль/л (N 4-8 нмоль/л). Захват щитовидной железой ¹³¹I в пределах нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

13. Задача № 13 (Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма) (ОПК4, ОПК5)

Мальчик, 7 лет, поступил с жалобами на ускорение физического полового развития. Ребенок от III нормальной беременности, масса тела при рождении 2500, рост 53 см. С рождения отмечено увеличение наружных половых органов. В росте и физическом развитии заметно опережал своих сверстников. В 2-летнем возрасте появилось оволосение лобковой области. При объективном исследовании: физическое развитие соответствует 13 годам, рост 152 см, масса тела 36 кг соответственно. На лице, спине множественные акневульгарис. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На лобке значительное выраженное оволосение по мужскому типу. Половой член крупный, как у взрослого мужчины. Яички в мошонке, до 2 см в диаметре, эластичные. Данные обследования: ОАК: Нв-121 г/л, эр 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10³ г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ 7 мм/ч ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 6,0, плотность 1020. Биохимический анализ крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямой - 14 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, Na 130 ммоль/л, K 5,6 ммоль/л, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, С-реакт. белок отр. Rg-графия кистей и лучезапястных суставов: костный возраст составляет 14 лет.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

14. Задача № 14 (Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтеряющая), средней степени тяжести) (ОПК4, ОПК5)

Девочка, 1,5 г., обратилась с жалобами насрыгивания, больше в послеобеденное время, неправильное формирование наружных половых органов, избыточную массу тела. Из анамнеза: Девочка от 2 беременности, первый ребенок погиб от АГС, сольтеряющей формы. Объективно: На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не страдает. Реакция на осмотр адекватная, девочка спокойная. Кожные

покровы умеренной влажности, бледно-розовые. Отеков нет. Подкожно-жировой слой развит несколько избыточно, распределен равномерно. Зев спокоен, периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание пуэрильное, чистое. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум в проекции т.Боткина, по правому краю грудины, не проводится. Пульс 110 уд/ мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный мягко-эластичный. Мочеиспускание регулярно, стул со склонностью к запорам. Половое развитие соответствует возрасту, отмечается вирилизация клитора до 0,7-1,0 см, 2 степень вирилизации по Прадеру, половое развитие по Таннеру Ах0,Ма0,Р0-1, Ме0 Данные обследования: ОАК: Нб -91г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,85 L -9,0 г/л, п/я- 3%, с/я- 30%, э- 1%, л- 57%, м 8%, СОЭ- 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: Na □ 116,0 ммоль/л, К- 5,4 ммоль/л. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1015, рН- 5,0, белок-отр.,сахар-отр., ацетон отр., лейкоц.-1-2 в п/зр.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

15. Задача №15. (Хроническая надпочечниковая недостаточность) (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 9 лет, рост 128 см, масса 23 кг. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, периодически возникающие коллаптоидные состояния. Плохой аппетит. Во время респираторных заболеваний - часто бывает рвота, очень выражена общая слабость. Любит соленую пищу. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень смуглые, выражена гиперпигментация гениталий, ореол, темная кайма на деснах, АД 90/50 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов - некоторая приглушенность тонов сердца; живот мягкий, безболезненный. Симптомы холепатии отрицательны. Стул со склонностью к поносам.

Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. $3,6 \times 10^{12}/л$, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. $4,3 \times 10^9/л$, э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: белка нет, осадок без патологии, уд.вес 1006. Анализ мочи по Зимницкому: тенденция к никтурии, колебания удельного веса от 1002 до 1012. Суточное количество мочи 1900 мл. Электролиты сыворотки крови: К - 5,8 ммоль/л, Na - 124 ммоль/л. Уровень кортизола крови в 6.00 - 145 нмоль/л (N 190 - 750)

1. Поставить диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.

16. Задача № 16. (Надпочечниковый криз) (ОПК4, ОПК10)

Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до $39,7^{\circ}C$, отмечались недомогание, озноб, сыпь. Через 10 часов температура снизилась до нормы, появились резкая слабость, бледность с цианотичным оттенком. Поступил в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. При осмотре: сознание спутано. АД 65/30 мм.рт.ст., пульс нитевидный, ЧСС 142/мин, одышка. На груди, животе, плечах, ягодичах элементы звездчатой геморрагической сыпи со сливными элементами, не исчезающей при надавливании. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание редкое. По данным обследования: в периферической крови высокий лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг формулы до юных форм, лимфопения, СОЭ 18мм/час; уровень электролитов крови - К 5,9 ммоль/л, Na 123 ммоль/л; при УЗИ почек признаки кровоизлияния в надпочечники.

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение.

17. Задача № 17. (Ожирение экзогенно-конституционального генеза). (ОПК4,

ОПК5)

Мальчик 10 лет. Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость. Анамнез заболевания: ребенок родился с крупной массой, на первом году жизни ежемесячная прибавка в массе была выше нормы. Масса в 1 год-15 кг. На протяжении всего периода детства страдает избыточной массой. Ребенок очень любит сладости, кондитерские изделия, мучное, каши, картофель. В питании себя не ограничивает. Больше калорий получает во второй половине дня. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, с массой при рождении 3900г. Роды первые в срок, без особенностей. На естественном вскармливании до 5 мес. В нервно-психическом развитии не отставал. Привит - по календарю. Из перенесенных заболеваний корь, ангина, грипп. Наследственный анамнез: отец и родной брат с избыточной массой тела. Хронических заболеваний в семье нет. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активный. 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 подчелюстные, паховые I-II размера, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологических изменений. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс 78/мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Наружные половые органы - по мужскому типу, соответственно возрасту. Формула полового развития: Ах 0, Р 0. Антропометрические данные: масса тела 47 кг, рост 146 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, Нб 120 г/л, ЦП 0,87, Лейк. $6,8 \times 10^9$ /л, э-1%, п/я-4, с/я-81, л-28, м-6, СОЭ 10 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж., прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1015, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл. 0 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 0. Анализ мочи по Нечипоренко: Лейк. - 100, Эр-0. Анализ крови на сахар (натощак): 4,5 ммоль/л. Сахарная кривая: натощак-4,5 ммоль/л, через 30 мин.-6,0 ммоль/л, через 60 мин.-7,0 ммоль/л, через 90 мин.-6,7 ммоль/л, через 120 мин.-5,0 ммоль/л. Анализ мочи на сахар: кол-во-200,0 мл, сахар - отрицат., ацетон-отрицат. Холестерин крови: 4,6 ммоль/л. Экскреция 17-КС с мочой: 3,5 мг/сут при диурезе 850,0 мл. Экскреция 17-ОКС с мочой: 1,5 мг/сут (1-5,6). Копрограмма: оформлен., корич., Лейк. 1-2 в п/зр, Эр.- нет, нейтральный жир, жирные кислоты, клетчатка - нет, яйца гельминтов и простейшие - не обнаружены. Окулист: глаз. дно в норме. Поля зрения: снаружи 90 град., кнутри-65,верху-50, книзу-70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

18. Задача №18. (Ожирение тиреогенного генеза. (Врожденный первичный гипотиреоз на фоне гипоплазии щитовидной железы). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители

здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. $7,3 \times 10^9/л$, э.-0%,п/я.-4%, с/я.-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий плоский -1-2 в п.зр., эритроциты 0. Уровень гормонов крови: ТТГ- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

19. Задача № 19. (Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома). (ОПК4, ОПК5)

Девочка 13 лет. Жалобы: на увеличение массы тела, появление полос растяжения на коже, головные боли на фоне повышенного АД. Анамнез болезни: больна около 1,5 лет, когда впервые постепенно стала нарастать масса тела, появились головные боли, ребенок стал хуже расти. Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок с массой при рождении 3900 г, ростом 53 см. Росла и развивалась по возрасту. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болела, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Активна. Рост 141 см, масса 42 кг. Кожные покровы мраморные, гипертрихоз лица (усы). На коже груди, живота, в подмышечных областях, бедрах большое число сине-багровых стрий длиной 5-7 см., явления фолликулита. Подкожно-жировой слой развит избыточно, с преимущественным отложением на лице и туловище. Лицо округлое, лунообразное, с гиперемированной кожей. Конечности пропорционально худые. Тонус и сила мышц ослаблены. Движения в суставах в полном объеме. Грудная клетка гиперстеническая. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот значительно увеличен в размере за счет

избыточного жира отложения, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Формула полового созревания Ма 2, Ах 1, Р 2, Ме 0. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, незначительная гипертрофия клитора. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. $9,0 \times 10^9/л$, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф. 19%, мон. 8%, СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., Эр. 0-1 в п/зр., эп.пл. 0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Анализ крови на серомукоиды: 0,20, на сиаловые кислоты 2,0 ммоль/л. Электролиты сыворотки крови: К-2,7 ммоль/л, Na-156 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий-13 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,37 ммоль/л, АсАТ-0,42 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины-6,5 ммоль/л, креатинин-44,25 мкмоль/л. Гликемический профиль: 8.00 - 5,5 ммоль/л, 10.00 - 7,6 ммоль/л, 14.00 - 5,1 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 5,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: кортизол в 8.00 -1165 нмоль/л (N 83-580), СТГ-0,7 нг/мл (N 0,5-5,0), ТТГ 1,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5). Экскреция с мочей: 17-КС - 9,1 мг/сут (N 1-6), 17-ОКС - 13,3 мг/сут (N 1-5,6). Проба с дексаметазоном: до пробы 17-КС - 9,1 мг/сут, после пробы - 7,9 мг/сут. Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгеногр. черепа в 2-х проек.: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 12 г. УЗИ органов брюшной полости: почки размером 9,3 x 4,7 см, контуры ровные, четкие. Визуализируется объемное образование в области правого надпочечника.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

20. Задача № 20. (Синдром Барде-Бидля). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жира отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. $6,0 \times 10^9/л$, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф. 19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл. 0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1

ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

21. Задача № 21. (Острая надпочечниковая недостаточность) (ОПК4, ОПК10)

Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, незмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2x2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пузырьное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$ /л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$ /л, Hb-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлиннен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

22. Задача №22. (Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие). (ОПК4, ПК1)

Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В

лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, лейкоц. $4,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, белок - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. 0 в п/зр., цилиндры - нет, слизи и солей - не обнаружено. Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 3,5 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АлАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед. Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Са 2,7 ммоль/л. Протеинограмма крови: общий белок 65 г/л, альбумины 52 %, глобулины 48%: альфа1-5,6 %, альфа2-9,4 %, бета-15,1%, гамма-17,9%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены. Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберинном: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.

1. Поставьте диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Лечебная тактика.

23. Задача № 23. (Конституциональная задержка роста и пубертата). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.

Анамнез болезни: до 10 лет не отставал от сверстников, имел возрастные параметры роста и веса. Потом постепенно нарастала разница в росте. Не появились вторичные половые признаки. Анамнез жизни: от 3 беременности, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.

Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые чистые. В зеве без воспалительных изменений. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы и тоны сердца сохранены. ЧСС 72 в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в дыхании. Пальпация поверхностная и глубокая безболезненна. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания Р 0, Ах 0, I 0. Размер яичек 9,0 см x 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}$ /л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9$ /л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320×10^9 /л. Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л. Фосфор неорганический 1,6 ммоль/л (N 1,45-1,78), кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л. Тестостерон сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с

лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

24. Задача № 24. (Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма). (ОПК4, ОПК5)

Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: 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 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.

Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.

Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный 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 патологических 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: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), С1 -90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы- 5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не

изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии. Пневмосуपरаренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников. Кариотип: 46,XX.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.
5. Прогноз.

25. Задача № 25. (Синдром Клайнфельтера). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 17 лет.

При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скучное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.

26. Задача № 26. (Врожденный первичный гипотиреоз) (ОПК1, ОПК4, ОПК5, ОПК6)

Девочка К, 3 недели. Поступила в стационар с диагнозом: затаенная желтуха у доношенного ребенка. Мать Rh-положительная? группа крови матери II(A), ребенка - I(0). Непрямой билирубин ребенка при поступлении - 80 мкмоль/л, анемии и ретикулоцитоза нет. На осмотре: вялость, расхождение прямых мышц живота, большой живот. Печень увеличена на 3,5 см. Нос седловидный, широкое расстояние между глазами, короткие толстые пальцы, язык не помещается во рту. Голос грубый, осиплый. Череп больших размеров, роднички открыты. Отмечается брадикардия.

1. Назовите факторы риска, патогенез заболевания.
2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка.
3. Обоснуйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
5. Назначьте лечение.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

27. Задача № 27. (Синдром новорожденного от матери с гестационным диабетом) (ОПК4, ОПК5)

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 гестационным сахарным диабетом с 28 недели беременности. 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 конечных 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. Назовите факторы риска, патогенез заболевания.
2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка.
3. Обоснуйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
5. Назначьте лечение.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

28. Задача № 28. (Синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом) (ОПК1, ОПК4)

Новорожденная Д. от матери, страдающей сахарным диабетом 1 типа. Родилась без асфиксии, масса при рождении- 4200 г. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, периферический цианоз, пастозность, лануго. Периодический тремор конечностей, снижение двигательного-рефлекторной возбудимости. Аускультивно сердечные тоны приглушенны, ритмичные, чсс-130 в минуту. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, чд-50 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края. Стул-меконий.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Каких нарушений в углеводном обмене можно ожидать у данного ребенка?
4. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

29. Задача № 29. (Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма) (ОПК1, ОПК4, ОПК5, ОПК6)

Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортами, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синевы" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные- 48%, лимфоциты- 40%, моноциты- 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Опишите патогенез заболевания.
3. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания.
4. Укажите критерии диагностики.
5. Окажите неотложную помощь.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

30. Задача № 30. (Врожденный гипотиреоз) (ОПК4, ОПК5, ОПК6)

При патронаже 2-недельного ребёнка мама жалуется на наличие у него запора, желтухи, вялости и сонливости. Из анамнеза известно: ребёнок родился от матери 30 лет, от 2 беременности, 1 родов, 1 беременность - искусственный аборт, на учете с 10 недель. На 8-й неделе беременности мать болела гриппом. Роды срочные в 41 неделю. Оценка по шкале Апгар

	<p>7/8 баллов, состояние при рождении средней тяжести. Масса тела ребенка при рождении 4000 г, длина 55 см.</p> <p>При осмотре: двигательная активность снижена, ребенок вялый, голова округлая, малый родничок 0,5×0,5 см, большой 2,5×3 см, тургор тканей повышен, легкая желтушность, отмечается отечность лица и туловища, вздутый живот, умеренная брадикардия у спящего ребёнка. Результаты неонатального скрининга, проведенного в роддоме: ТТГ - 30 мМЕ/л, Т4 - 70 нмоль/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз данному ребенку. 2. Опишите патогенез данного состояния. 3. Укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение. Определите прогноз. 5. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

2. Индивидуальные задания

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов

-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	---

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская эндокринология»

Формируемые компетенции по ФГОС		ЗС – решение ситуационных задач,	ИК – индивидуальные задания,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Задачи	Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования
УК	1	5		
	4			
ОПК	1	26,28,29	2,3,7,10,17,18,21,24, 29,30	4,5,11,24
	2		1	1-3,
	4	1-6,8-30	4-6,8,11,15,16,22, 25,27,28	6-11,14-19, 21-23, 27-30
	5	4-5,9,11-15,17-20,23-27,29,30	9,13,14,23,26	6-10,12-15,17,19, 21-23,27-30
	6	4,6,26,29,30		8-10,13
	7	4		
	8		19	
	9			
	10	6-8,16,21	12,20	20,25,26
ПК	1	1-3,22		

Раздел: Фтизиатрия.

Перечень вопросов для устного собеседования:

<i>Б 1.В.ДВ.1</i> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возбудитель туберкулёза и его свойства. 2. Источники, пути заражения туберкулёзом. 3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции. 4. Патологическая анатомия туберкулеза. 5. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулёзом. 6. Основные эпидемиологические показатели туберкулёза: инфицированность, риск инфицирования, заболеваемость, болезненность, смертность. 7. Эпидемиология туберкулеза в современных условиях. 8. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
---	--

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ.2 Раздел 2 «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<p>9. Химиопрофилактика туберкулеза. 10. Очаг туберкулезной инфекции. Типы очагов. Организация работы в очаге туберкулезной инфекции. 11. Вакцинация и ревакцинация BCG. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины, осложнения. 12. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети. 13. Противотуберкулезный диспансер, его структура и организация работы. 14. Группировка контингентов противотуберкулезного диспансера. 15. Организация выявления туберкулеза у детей и подростков. Организация выявления туберкулеза у взрослых.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ.3 Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>16. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом. 17. Объективное обследование больного туберкулезом легких. 18. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов. 19. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов. 20. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулеза легких. 21. Основные рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания. 22. Определение микобактерий туберкулеза в патологическом материале. 23. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ.4 Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>24. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика первичного туберкулезного комплекса. 25. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. 26. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации у детей и подростков. 27. Патогенез, клиническая картина, диагностика,</p>

	<p>дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза легких.</p> <p>28. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких.</p> <p>29. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.</p> <p>30. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.</p> <p>31. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкуломы легкого.</p> <p>32. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.</p> <p>33. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика цирротического туберкулеза легких.</p> <p>34. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.</p> <p>35. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулёза бронхов, трахеи, гортани.</p> <p>36. Кровохарканье и лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика и лечение.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.5 Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>37. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.</p> <p>38. Этиотропная терапия туберкулеза.</p> <p>39. Побочные реакции при использовании противотуберкулёзных препаратов, методы их устранения и профилактика.</p> <p>40. Патогенетическая терапия туберкулёза.</p> <p>41. Коллапсотерапия туберкулёза лёгких: искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум.</p> <p>42. Хирургическое лечение туберкулёза органов дыхания. Показания.</p> <p>43. Физиотерапевтические методы в лечении туберкулёза органов дыхания.</p> <p>44. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.</p> <p>45. Трудовая реабилитация больных туберкулёзом и экспертиза нетрудоспособности.</p> <p>46. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>

Темы индивидуальных заданий:

<p>Б 1.В.ОД.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Изменения при долокальных формах туберкулеза. Морфологические изменения при локальных формах первичного туберкулеза.</p> <p>2. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза.</p> <p>3. Особенности морфологических проявлений туберкулеза у подростков.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2 Раздел 2 «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<p>4. Организация раннего выявления туберкулеза среди детей и подростков.</p> <p>5. Проблемы использования диаскин – теста для ранней диагностики туберкулеза.</p> <p>6. РППТИ. Выявление контингента, подлежащего химиопрофилактике.</p>
<p>Б 1.В.ОД.3 Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>7. Особенности клиничко – рентгенологической диагностики туберкулеза в период беременности.</p> <p>8. Особенности клиничко – рентгенологического течения туберкулезного процесса при сахарном диабете.</p>
<p>Б 1.В.ОД.4 Раздел 4 «Клиника туберкулеза легких»</p>	<p>9. Дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов с саркоидозом, лимфогранулематозом и центральным раком легкого.</p> <p>10. Туберкулез и беременность. Особенности течения послеродового туберкулеза. Противопоказания к прерыванию беременности.</p> <p>11. Туберкулома как проявление туберкулеза ЦНС</p>
<p>Б 1.В.ОД.5 Раздел 5 «Лечение туберкулеза легких»</p>	<p>12. Основные побочные реакции при использовании противотуберкулезных препаратов. Борьба с побочными реакциями на противотуберкулезные препараты.</p> <p>13. Туберкулез и беременность. Особенности этиотропной терапии.</p> <p>14. Туберкулез, ВИЧ и СПИД. Особенности применения иммуностимулирующих препаратов у ВИЧ – инфицированных больных.</p> <p>15. Немедикаментозные методы лечения туберкулеза. Климатотерапия.</p> <p>16. Показания для направления детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории федерального подчинения.</p> <p>17. Показания для направления детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории местного подчинения.</p>

большим открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

3. Задача 3.

Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Контакта с большим туберкулезом не установлено. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до $37,5 - 38,0^{\circ}\text{C}$, потливость, кашель с выделением мокроты гнойного характера, имело место кровохарканье.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

4. Задача 4.

Женщина 28 лет. Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад. Вернулась из мест лишения свободы 4 месяца назад, где находилась 3 года. Около последних 3х месяцев отмечает похудание на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку. В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Объективно. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови. Гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 12%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты 14%, моноциты 11%, СОЭ 56 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1016, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнояная, лейкоциты 24-26 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 6 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

5. Задача 5.

Женщина, 27 лет. Изменения в легких выявлены впервые. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении туберкулезной больницы с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине

грудной клетки, выраженная одышка.
Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. ЧД 28-30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно справа легочный звук, слева с коробочным оттенком. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс 120 в 1 мин., АД 140/90 мм. рт. ст.
Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 66%, эозинофилы 0%, лимфоциты 15%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/ч
Общий анализ мочи. Без патологии.
Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)
Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).
Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.
Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 12 мм через 72 часа.
Диаскин-тест. Папула 14 мм через 72 часа.
Манометрия плевральной полости -2/+2 см. водного столба
Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

6. Задача 6.

Женщина, 21 год. Заболевание выявлено впервые при профилактическом осмотре. Находилась на стационарном лечении в противотуберкулезной больнице 9 месяцев с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S I-II левого легкого МБТ (+). Получила основной курс специфической терапии с положительной клинико-рентгенологической динамикой, однако полного рассасывания туберкулезного процесса не наступило.

Жалоб не предъявляет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокоен. Пульс 72 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. ЧД 18 в 1 мин. Температура тела 36,6 о С

Общий анализ крови. Гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 1%, лимфоциты 34%, моноциты 6%, СОЭ 4 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (рост 20-30 КОЕ).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 8 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

7. Задача 7.

Мужчина, 25 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, субфебрильную температуру тела, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, повышенную потливость.

Больным себя считает около двух недель, когда появилась резкая боль в грудной клетке справа, усаливающаяся при глубоком дыхании, слабость, фебрильная лихорадка, потливость, повышенная утомляемость. Получал в течение 6 дней антибиотики широкого спектра действия без улучшения общего состояния.

В анамнезе 1,5 месяца назад контакт с дядей, страдающим открытой формой туберкулеза легких.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,9°C. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ЧД 24 в мин. При осмотре грудной клетки справа отмечается отставание в акте дыхания. Межреберные промежутки справа в нижних отделах сглажены, отмечается болезненность межреберных мышц. Голосовое дрожание справа в нижних отделах ослаблено. Перкуторно справа в нижних отделах грудной клетки укорочение звука. Там же при аускультации дыхательные не выслушиваются. В других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм/рт/ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови. Гемоглобин 135 г/л, эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 62%, эозинофилы 8%, лимфоциты 16%, моноциты 6%, СОЭ 42 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Бактериоскопия промывных вод бронхов. КУБ не обнаружены.

Посев промывных вод бронхов на МБТ. МБТ не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 22 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 24 мм через 72 часа.

Общий анализ плевральной жидкости. Прозрачная, светло-желтого цвета, проба Ривальта положительная, относительная плотность 1,018, белок 3,0 г/л, нейтрофилы 12%, лимфоциты 88%

ПЦР плевральной жидкости. Выявлены МБТ.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

8. Задача 8.

Мужчина, 37 лет. Болен туберкулезом легких в течение 7 лет. Заболел во время нахождения в местах лишения свободы. После освобождения лечился нерегулярно, отказывался от приема противотуберкулезных препаратов. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего года в виде усиления одышки, значительно похудел (на 25 кг), рецидивирующее кровохарканье, фебрильная лихорадка во второй половине дня.

Жалобы на легочное кровотечение (одномоментно выделилось около 200 мл крови), общую слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 28 в 1 минуту. Грудная клетка эмфизематозная. При пальпации эластичная.

Западение надключичной ямки справа. Правая половина отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона справа в надключичной и надлопаточной областях, слева с коробочным оттенком, больше в нижних отделах, также и справа в нижних отделах. Дыхание справа в верхних отделах с амфорическим оттенком, шум писка, в нижних отделах ослаблено, на фоне которого выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Слева дыхание жесткое, по всем легочным полям разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 102 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп.

Рост 180 см, вес 52 кг.

Общий анализ крови. Гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $14,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 38 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Бурого цвета, жидкая, лейкоциты 20-26 в поле зрения, эритроциты большое количество.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Антибиотикограмма. Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, протионамиду.

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 102 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 4 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

9. Задача 9.

Мужчина, 23 года.

Жалобы на резкую слабость, потливость по ночам и при повышении температуры, кашель с небольшим количеством зеленоватой мокроты с примесью алой крови, повышение температуры тела до 39-40^oC во второй половине дня, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при дыхании, сухость во рту, жажду, отсутствие аппетита, похудание за 3 месяца на 10-12 кг.

Анамнез заболевания. Около 6 месяцев назад появился сухой кашель, субфебрильная лихорадка. Лечился самостоятельно симптоматически. Постепенно снижался аппетит, похудел, возникла и усиливалась одышка, появилась мокрота с примесью крови. Две недели назад состояние резко ухудшилось - поднялась температура до 39^oC, появилась резкая слабость, профузная потливость, сухость во рту и жажда. Госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: острая неспецифическая пневмония, где находился 14 дней. Получал противопневмоническое лечение, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию, проведена коррекция инсулинотерапии. Несмотря на проводимое лечение состояние больного не улучшалось, нарастали симптомы интоксикации, одышка, сохранялось кровохарканье и фебрильная лихорадка.

Анамнез жизни: Предыдущее флюорографическое обследование

1 год назад (норма). С 12 лет страдает ИЗСД. Туберкулезный контакт не установлен.

Объективно. Общее состояние тяжелое, температура 39,5оС. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, горячие и влажные на ощупь, чистые, акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 30 в минуту. Дыхание ослаблено, по всем легочным полям выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 в минуту. АД 80/40 мм.рт.ст. Рост 178 см, вес 48 кг.

Общий анализ крови. Гемоглобин 75 г/л, эритроциты $2,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $16,2 \cdot 10^9$, палочкоядерные 23%, сегментоядерные 60%, эозинофилы 0%, лимфоциты 5%, моноциты 12%, СОЭ 62 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1010, белок 0,033 г/л, ацетон +++, сахар +++++, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-4 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, жидкая, лейкоциты на все поле зрения, эритроциты 40-50 в поле зрения, эпителиальные клетки большое количество, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 110 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Уколотная реакция через 72 часа.

Диаскин-тест. Уколотная реакция через 72 часа.

Сахар крови натощак 20,5 ммоль/л

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

10. Задача 10.

Мужчина, 57 лет. В возрасте 6 лет перенес первичный туберкулезный комплекс справа, получил полный курс химиотерапии, сформировались остаточные изменения в виде очага Гона и единичных кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах бронхопульмональной группы справа. В возрасте 42 лет возник рецидив туберкулезного процесса в виде инфильтративного туберкулеза правого легкого в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Лечился нерегулярно, отказывался от приема противотуберкулезных препаратов. Туберкулезный процесс прогрессировал на фоне алкоголизации пациента, сформировалась лекарственная устойчивость МБТ. Туберкулезный процесс трансформировался в фиброзно-кавернозную форму.

Жалобы на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки в надлопаточной и подлопаточной областях при глубоком дыхании и кашле, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, акроцианоз. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 26 в 1 минуту. Грудная клетка деформирована. При

	<p>пальпации эластичная. Западение грудной клетки слева, межреберья слева сужены, плечо опущено, атрофия мышц плечевого пояса слева. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона слева, справа с коробочным оттенком. Дыхание справа жесткое, хрипов нет. Слева дыхание бронхиальное, выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 96 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голени и стоп.</p> <p>Рост 178 см, вес 42 кг.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 150 г/л, эритроциты $5,2 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $13,6 \cdot 10^9$, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 28 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые 1-2 в поле зрения.</p> <p>Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, жидкая, лейкоциты 20-22 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+) Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).</p> <p>Антибиотикограмма. Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу, пиперазину, канамицину, капреомицину, офлоксацину.</p> <p>Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 96 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 4 мм через 72 часа. Диаскин-тест. Папула 6 мм через 72 часа. Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p><u>Задания.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите рентгенограмму. 2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. 4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения. 5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
--	--

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявления в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.

-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности); наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием

-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе
-	Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным категориям населения (работник дошкольного учреждения).
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован верно.
-	Длительность пребывания на больничном листе указана верно, но не обоснована
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован неверно

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу перисцисурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Диагноз поставлен на основании: больная относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием

-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации негетерогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	<p>Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу лобита) в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение: Туберкулез правого верхнедолевого бронха инфильтративный, продуктивный. ДН I степени. Кахексия. Интоксикационный синдром.</p> <p>Хронический гепатит «С», неактивная фаза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: жалоб (кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, снижение масс тела на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, субфебрильную температуру в вечерние часы); выявление в анализе мокроты МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации негетерогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.); положительной пробы Манту и Диаскин-теста; изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз, анемия, ускорено СОЭ).</p>
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Заболевание следует дифференцировать с деструктивной верхнедолевой пневмонией, абсцессом верхней доли правого легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена

4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Слева легкое поджато на 1/3 объема. Справа в верхней доле очаги полиморфного характера, участки деструкции.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+) Осложнения: Спонтанный пневмоторакс слева.
-	Диагноз поставлен на основании указания на активный деструктивный туберкулез легких, острое начало после физической нагрузки, жалоб (резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка), показателей манометрии левой плевральной полости.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими видами пневмоторакса необходимо проводить дифференциальную диагностику.
-	Дифференциальная диагностика проводится между открытым, закрытым и клапанным спонтанным пневмотораксом. По показаниям манометрии плевральной полости у больного открытый спонтанный пневмоторакс.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с двумя видами пневмоторакса.
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, определите тактику ведения при возникновении данного осложнения.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Показано дренирование левой плевральной полости (постановка дренажа по Бюлау или активная аспирация). При неэффективности (легкое не расправляется) торакотомия с ушиванием дефекта висцеральной плевры.

-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован и/или тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.

Эталон ответа к задаче №6

1	Опишите рентгенограмму.
-	Томография верхней доли левого легкого (срез 4 см.). В области S I-II левого легкого имеется округлый фокус затемнения диаметром 2,5 см с четкими контурами и участком распада.
-	Описание томограммы полностью верно
-	Томограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание томограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Туберкулома S I-II левого легкого в фазе распада МБТ (+). Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе инфильтративного туберкулеза легких той же локализации, в мокроте выявлены КУБ методом бактериоскопии, в мокроте выявлены МБТ методом посева, рентгенологических данных (наличие на томограмме округлого фокуса затемнения с четкими контурами и участком просветления).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или диагноз не обоснован
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальная диагностика с инфильтративным туберкулезом легких (круглый инфильтрат), хондромой легкого, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая неэффективность предшествующей химиотерапии (сохранение через 9 месяцев стационарного лечения бактериовыделения по микроскопии мокроты и методу посева, сохранение

	распада легочной ткани) и формирование туберкуломы, пациентке показано хирургическое лечение (резекция S I-II левого легкого).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

Эталон ответа к задаче №7

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа легочное поле интенсивно гомогенно затемнено с косой верхней границей, достигающей до уровня переднего отрезка 2 ребра за счет наличия жидкости в плевральной полости. Слева легкое без очаговых теней. Срединная тень смещена влево.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указано смещение органов средостения.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
	Клинический диагноз: Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии МБТ (+).
-	Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе туберкулезного контакта, постепенного развития заболевания, жалоб больного (общая слабость, субфебрильная температура тела, одышка при физической нагрузке, сухой кашель, повышенная потливость), данных объективного осмотра, изменений в ОАК (умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, эозинофилия, ускорение СОЭ), анализа плевральной жидкости (лимфоцитарного характера экссудат), выявления в плевральной жидкости методом ПЦР МБТ, гиперергического характера туберкулиновых проб, рентгенологических данных (справа легочное поле интенсивно гомогенно затемнено с косой верхней границей, достигающей до уровня переднего отрезка 2 ребра).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Необходимо проводить дифференциальную диагностику с экссудативными плевритами пневмонической, онкологической этиологии.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.

-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 1 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. у пациента с туберкулезным процессом выявлены МБТ.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

Эталон ответа к задаче №8

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-magna в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, косто-диафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено, в S I-II субплеврально определяются единичные очаговые тени и фокусы гомогенного характера выше средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в левом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации, обсеменения МБТ (+). Множественная лекарственная устойчивость МБТ. Осложнения: Туберкулез правого верхедолевого бронха. Легочное кровотечение. Постгеморрагическая гипохромная анемия средней степени. Кахексия. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. Хроническая легочно-сердечная недостаточность ДН II ст.
-	Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (туберкулез легких в течение 7 лет), жалоб (легочное кровотечение, общая слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильная температура тела по вечерам, одышка при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле), данных объективного осмотра, рентгенологического исследования (справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-magna в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, косто-диафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено.), наличия МБТ в мокроте.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференцировать данную форму заболевания следует с опухолью легкого в фазе распада, хроническим абсцессом.

-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	II «Б» группа диспансерного учета, т.к. пациент болен активным туберкулезом легких с хроническим течением заболевания (давность заболевания более 2 лет). Больной с далеко зашедшим процессом, излечение не может быть достигнуто никакими методами, нуждается в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической противотуберкулезной терапии.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 4 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. в мокроте пациента выявлены МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (устойчивость к сочетанию изониазида и рифампицина).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

Эталон ответа к задаче №9

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа и слева (больше слева), в верхних и средних легочных полях отмечается понижение прозрачности легочной ткани за счет инфильтрации средней интенсивности неомогенного характера с формированием ряда полостей распада. В нижних долях легких полиморфные очаги бронхогенного обсеменения. Купол диафрагмы справа и слева деформирован спайками.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в нижних долях легких.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	<p>Клинический диагноз: Двусторонняя казеозная пневмония МБТ (+) Осложнения: Кровохарканье. Постгеморрагическая гипохромная анемия средней степени. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. ДН 2-3 степени. Кахексия.</p> <p>Сопутствующие заболевания: ИЗСД средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидоз.</p> <p>Диагноз поставлен на основании постепенного начала заболевания, пациент входит в группу риска по заболеванию туберкулезом (имеет сахарный диабет), жалоб (выраженный интоксикационный и бронхолегочный синдромы), объективного осмотра, рентгенологических данных (синдром двухстороннего лобарного затемнения средней интенсивности с образованием полостей распада), обнаружение в мокроте МБТ, изменения в общем анализе крови (гипохромная</p>

	анемия, лейкоцитоз со сдвигом влева, лимфопения, ускорение СОЭ), отрицательная анергия по туберкулиновым пробам.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференциальная диагностика с деструктивной пневмонией, грибковым поражением легких.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, укажите необходимое пациенту лечебное питание.
-	Показано лечение по 1 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая наличие сахарного диабета, пациенту рекомендован стол №9.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, лечебное питание указано верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован /или не указано лечебное питание.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, лечебное питание указано неверно.

Эталон ответа к задаче №10

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Левая половина грудной клетки интенсивно негетогенно затемнена за счет цирроза. Прозрачность правого легкого повышена за счет эмфиземы. Справа в 3 межреберье субплеврально определяется единичный кальцинат (очаг Гона), единичные кальцинаты в бронхопультмональных внутригрудных лимфатических узлах справа. Трахея и органы средостения смещены в пораженную сторону.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком и внутригрудных лимфатических узлах.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Цирротический туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Широкая лекарственная устойчивость МБТ.

	<p>Осложнения: Кахексия. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. Хроническая легочно-сердечная недостаточность ДН II-III ст.</p> <p>Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (первичный туберкулез в детстве, туберкулеза легких в течение 15 лет), жалоб (выраженный интоксикационный, бронхолегочный синдромы), данных объективного осмотра, рентгенологического исследования (левая половина грудной клетки интенсивно негетерогенно затемнена за счет цирроза. Прозрачность правого легкого повышена за счет эмфиземы. Справа в 3 межреберье субплеврально определяется единичный кальцинат (очаг Гона), единичные кальцинаты в бронхопульмональных внутригрудных лимфатических узлах справа. Трахея и органы средостения смещены в пораженную сторону), наличия МБТ в мокроте с широкой лекарственной устойчивостью, признаков хронического легочного сердца на ЭКГ.</p>
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференцировать данную форму заболевания следует с посттуберкулезным циррозом, фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	II «Б» группа диспансерного учета, т.к. пациент болен активным туберкулезом легких с хроническим течением заболевания (давность заболевания более 2 лет). Больной с далеко зашедшим процессом, излечение не может быть достигнуто никакими методами, нуждается в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической противотуберкулезной терапии.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 5 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. в мокроте пациента выявлены МБТ с широкой лекарственной устойчивостью (устойчивость к сочетанию изониазида, рифампицина, фторхинолонов и инъекционного противотуберкулезного препарата из группы аминогликозидов или полипептидов).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

I. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

2. Индивидуальные задания

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Фтизиатрия»

Формируемые компетенции по ФГОС	ЗС – решение ситуационных задач		ИК – индивидуальные задания,	С – собеседование по контрольным вопросам
		Задачи	Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования
УК	1	1-10	1-17	1-57
ОПК	2	1-10, вопрос 4	7-8, 9-11, 12-17	10-12, 14-16, 19-22, 26-47
	4	-	4-6, 8	6, 7, 10
	5	1-10, вопрос 1, 2, 3	12-17	3, 4, 8, 11, 17-47
	6	1-10, вопрос 1, 2, 3, 5	1-3, 7-8, 9-11, 12-17	1-3, 8, 11, 17-54, 57

7	1-10, вопрос 4	7-8,9-11, 12-17	10-12,14-16,19-22,26-47
8	-	7, 12-17	9,10,55,56
9	1-10	7-8, 9-11	9,10,12,13,15,16
10	1-10, вопрос 4	7-8	10,13,14

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:01 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C