


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталидарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 17.01.2023 15:40:53
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca027a0bd4130c0e7f8

**Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики
(ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии)**

Кафедра педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 29 августа » 2019 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ПЕДИАТРИЯ»**

Специальность – 31.08.19 Педиатрия

Квалификация выпускников – Врач-педиатр

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Оглавление

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»	3
Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний	4
Клинические задачи для текущего контроля знаний.....	40
Перечень контрольных вопросов для промежуточного контроля знаний	118

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Педиатрия»**

Формируемые компетенции:

Универсальные: УК-1, УК-2.

Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11.

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Тестовые вопросы	435
Клинические задачи	115
Промежуточная аттестация	
Вопросы для дифференцированного зачета, экзамена	60

Критерии контроля знаний

Критерии оценки текущего контроля знаний (тестовых заданий):

Оценка	Описание
«Отлично»	90-100% правильных ответов
«Хорошо»	80-89% правильных ответов
«Удовлетворительно»	70-79% правильных ответов
«Неудовлетворительно»	до 69% правильных ответов

Критерии оценки текущего контроля знаний (клинических задач):

Оценка	Описание
«Отлично»	Ответ полный безошибочный (правильно определены понятия и категории)
«Хорошо»	Ответ правильный и достаточно полный, не содержащий ошибок и упущений (при решении задачи допущены отдельные ошибки)
«Удовлетворительно»	Ответ не достаточно полный, содержащий ошибки (задача решена не полностью)
«Неудовлетворительно»	Ответ отсутствует (задача не решена)

Критерии оценки промежуточного контроля знаний (дифференцированного зачета, экзамена):

Оценка	Описание
«Отлично»	Ответ ординатора полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал, сделать собственные выводы, выразить своё мнение, привести иллюстрирующие примеры
«Хорошо»	Ответ ординатора в основном полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал и привести иллюстрирующие примеры. Выводы и мнение ординатора по материалу в основном корректны
«Удовлетворительно»	Ответ ординатора неполный, с несущественными ошибками. Иллюстрирующие примеры приведены неполно. Требуется существенная коррекция по выводам и мнению ординатора по материалу
«Неудовлетворительно»	Ответ ординатора неполный, с существенными ошибками. Не приведены иллюстрирующие примеры, нет выводов и собственного мнения ординатора по материалу

Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний

Выберите один правильный ответ:

1. Уровень резистентности организма ребенка определяется
- 1) кратностью всех острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - 2) кратностью ОРЗ, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - 3) тяжестью острых заболеваний
 - 4) длительностью и тяжестью заболеваний
 - 5) числом обострений хронических заболеваний

Ответ: 1

2. Ребенка в возрасте 2 лет можно считать часто болеющим, если
- 1) острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз
 - 2) обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год
 - 3) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни
 - 4) у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год
 - 5) ОРЗ отмечались 6 раз

Ответ: 1

3. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему ОРЗ, возможно через
- 1) 1 нед.
 - 2) 2-4 нед.
 - 3) 2 мес.
 - 4) 3 мес.
 - 5) 3,5 мес.

Ответ: 2

4. Разрешить проведение профилактических прививок ребенку после инфекционного гепатита можно через
- 1) 1 мес.
 - 2) 2 мес.
 - 3) 3 мес.
 - 4) 6 мес.
 - 5) 12 мес.

Ответ: 4

5. Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной ремиссии длительностью

- 1) 1 мес.
- 2) 2 мес.
- 3) 6 мес.
- 4) 12 мес.
- 5) 18 мес.

Ответ: 2

6. Лечение внебольничной пневмонии в домашних условиях допустимо при
- 1) неосложненной форме у ребенка в возрасте до 1 года
 - 2) осложнении кардиоваскулярным синдромом
 - 3) неосложненной форме пневмонии у ребенка 4 лет
 - 4) пневмонии у ребенка из социально неблагополучной семьи
 - 5) затяжном течении пневмонии с ателектазом одного сегмента у ребенка 7 лет

Ответ: 3

7. Кратность противорецидивного лечения детей с хроническим гастритом в фазе стойкой ремиссии
- 1) ежеквартально (1 раз в 3 мес.)
 - 2) 2 раза в год
 - 3) 1 раз в мес.
 - 4) 1 раз в год
 - 5) ежемесячно

Ответ: 4

8. Рентгенологические признаки повышения внутричерепного давления
- 1) обызвествление
 - 2) расхождение черепных швов
 - 3) застойные явления на глазном дне
 - 4) смещение М-эха при НСГ
 - 5) нарушение корковой нейродинамики

Ответ: 2

9. Основные компоненты первичного туберкулезного комплекса
- 1) первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
 - 2) лимфангоит, лимфаденит
 - 3) первичный легочный аффект
 - 4) лимфангоит
 - 5) первичный легочный аффект, лимфаденит

Ответ: 1

10. Грудное вскармливание у матери можно сохранить при
- 1) туберкулезе легких в фазе кальцинации
 - 2) туберкулезе молочной железы

- 3) диссеминированном туберкулезе
- 4) активном туберкулезе легких при бактериовыделении
- 5) обострении туберкулеза, выявленном после родов

Ответ: 1

14. Наиболее частая причина железодефицитной анемии у детей старшего возраста

- 1) глистная инвазия
- 2) нарушение всасывания железа
- 3) хроническая кровопотеря
- 4) авитаминоз
- 5) недостаточное поступление железа с пищей

Ответ: 5

15. Делеция – это

- 1) утрата всей хромосомы
- 2) перемещение одной хромосомы в другую пару
- 3) утрата части хромосомы
- 4) соединение плечиков хромосомы
- 5) дополнительная хромосома

Ответ: 3

16. Чаще встречаются наследственные заболевания

- 1) хромосомные
- 2) с доминантным типом наследования
- 3) болезни с наследственным предрасположением
- 4) с неустановленным типом наследования
- 5) с рецессивным типом наследования

Ответ: 3

17. К нарушениям обмена билирубина ненаследственной природы относится

- 1) болезнь Криглера - Найяра
- 2) болезнь Жильбера
- 3) болезнь Ротера
- 4) прегнановая желтуха
- 5) желтуха при дефиците альфа-1-антитрипсина

Ответ: 4

18. Опасность брака между родственниками заключается в

- 1) бесплодии
- 2) возникновении мутаций
- 3) повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов
- 4) формировании инфекционной эмбриопатии
- 5) рождении недоношенного ребенка

Ответ: 3

19. Достоверное определение пола при вирильной форме аденогенитального синдрома проводят путем

- 1) пальпации яичек
- 2) определения 17-оксикортикостероидов
- 3) определения полового хроматина
- 4) определения кариотипа
- 5) гистологического исследования гонад

Ответ: 4

20. При локализации доминантного гена отца в X-хромосоме может заболеть

- 1) мальчик
- 2) девочка
- 3) все дети будут здоровы
- 4) могут заболеть и мальчики и девочки
- 5) оба мальчика из однойцовоной двойни

Ответ: 2

21. При фенилкетонурии доминирует

- 1) поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
- 2) депрессия гемопоэза
- 3) неврологическая симптоматика
- 4) экзема и альбинизм
- 5) нефропатия

Ответ: 3

22. Для синдрома Шерешевского - Тернера характерны

- 1) мужской кариотип по данным анализа на хроматин, аменорея, крыловидные складки шеи
- 2) гиперпигментация мошонки
- 3) высокий рост
- 4) аномалии скелета
- 5) гипогликемия

Ответ: 3

23. Для аденогенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно

- 1) замедление роста
- 2) задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
- 3) увеличение полового члена
- 4) дефекты психического развития
- 5) хориоретинит

Ответ: 3

24. Для вирильной формы аденогенитального синдрома у девочек не характерно

- 1) увеличение клитора и половых губ
- 2) костный возраст опережает паспортный
- 3) увеличение содержания 17-кетостероидов и моче
- 4) гепатоспленомегалия
- 5) гипертрихоз

Ответ: 4

25. К клеткам иммунной системы не относятся
- 1) Т-лимфоциты
 - 2) В-лимфоциты
 - 3) плазматические клетки
 - 4) эритроциты
 - 5) дендритные клетки
- Ответ: 4**
26. Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из
- 1) В-лимфоцитов
 - 2) нейтрофилов
 - 3) базофилов
 - 4) макрофагов
 - 5) Т-лимфоцитов
- Ответ: 1**
27. При атопических заболеваниях увеличивается уровень иммуноглобулина
- 1) А
 - 2) G
 - 3) M
 - 4) E
 - 5) секреторного IgA
- Ответ: 4**
28. К показателям гуморального иммунитета относятся
- 1) уровни иммуноглобулинов А, М, G
 - 2) параметры фагоцитоза
 - 3) реакция бласттрансформации лейкоцитов
 - 4) реакция розеткообразования
 - 5) количество нормальных киллерных клеток (СД 16)
- Ответ: 1**
29. К показателям клеточного иммунитета относятся
- 1) уровень гамма-глобулина сыворотки крови
 - 2) уровень иммуноглобулинов А, М, G
 - 3) реакция бласттрансформации лейкоцитов
 - 4) интерферонопродукция
 - 5) количество Т-лимфоцитов
- Ответ: 5**
30. Иммуноглобулины класса А в основном продуцирует лимфоидная ткань
- 1) аппендикса
 - 2) бронхов
 - 3) глоточного кольца Пирогова
 - 4) кишечника
 - 5) мочеполовой системы
- Ответ: 4**
31. Функция хелперных клеток 2 типа
- 1) активация клеточного иммунитета
 - 2) усиление продукции IgM и IgG
 - 3) усиление продукции IgE
 - 4) организации воспалительного процесса
- Ответ: 3**
32. Для дефицита клеточного иммунитета характерны
- 1) частые вирусные и грибковые заболевания
 - 2) отсутствие склонности к инфекциям
 - 3) частые бактериальные инфекции
 - 4) прогностически неблагоприятные заболевания
 - 5) отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ
- Ответ: 1**
33. Для дефицита гуморального звена иммунитета характерны
- 1) грибковые заболевания
 - 2) частые заболевания бактериальной этиологии
 - 3) частые вирусные заболевания
 - 4) отрицательная реакция бласттрансформации
 - 5) снижение уровня Т-супрессоров
- Ответ: 2**
34. Начало продукции антител при первом введении антигена через
- 1) 48-96 ч
 - 2) 2 сут.
 - 3) 5-7 дней
 - 4) 14 дней
 - 5) 24 ч
- Ответ: 3**
35. Не относятся к факторам неспецифической защиты
- 1) фагоцитоз
 - 2) лизоцим
 - 3) интерферон
 - 4) лимфоциты
 - 5) комплемент
- Ответ: 4**
36. К факторам специфической защиты относятся
- 1) система комплемента
 - 2) простагландины
 - 3) антитела
 - 4) С-реактивный белок
 - 5) фактор некроза опухолей
- Ответ: 3**
37. К иммунодефицитным состояниям относится синдром
- 1) Альпорта
 - 2) Луи - Барр (атаксия-телеангиоэктазия)
 - 3) Марфана
 - 4) де Тони – Дебре – Фанкони

- 5) Элерса - Данлоса
Ответ: 2
38. Вторичная иммунная недостаточность часто наблюдается при
 1) пиелонефрите
 2) нефротическом синдроме
 3) ревматизме
 4) остром нефрите
 5) гемваскулите
Ответ: 2
39. В адаптационной реакции организма в большей степени участвуют
 1) вегетативная нервная система
 2) гипофиз
 3) половые железы
 4) надпочечники
 5) щитовидная железа
Ответ: 4
40. Генерализованной воспалительной реакции не соответствуют
 1) увеличение концентрации креатинина
 2) отрицательные паракоагуляционные тесты
 3) гипербилирубинемия
 4) тромбоцитопения
 5) гипергликемия
Ответ: 2
41. В развитии воспаления меньшее значение имеет
 1) гистамин
 2) гепарин
 3) серотонин
 4) простагландины
 5) ренин
Ответ: 5
42. Псевдоаллергическая реакция реализуется за счет
 1) увеличения содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
 2) повышенной выработки IgE
 3) сенсibilизации лимфоцитов
 4) увеличенного выделения гистамина без участия антител
 5) киллерного эффекта
Ответ: 4
43. Механизм истинной аллергической реакции включает образование
 1) атопических антител
 2) субстанции Р
 3) анафилатоксинов C5a, C3a
 4) лекарственных препаратов
 5) физических факторов
Ответ: 1
44. Для диагноза аллергической реакции 1-го типа наибольшее значение имеют
 1) эозинофилия крови
 2) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов
 3) повышенное количество гистамина в моче
 4) высокий уровень Ig E в сыворотке крови
 5) высокий уровень Т-супрессоров
Ответ: 4
45. Для псевдоаллергической реакции наиболее характерны
 1) высокий уровень IgE
 2) местная эозинофилия
 3) положительная кожная проба с «виновным» антигеном
 4) усиление реакции при повторных контактах с антигеном
 5) прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества
Ответ: 5
46. Основной фактор, предрасполагающий к развитию пищевой аллергии
 1) сниженный уровень sIgA
 2) заболевание органов ЖКТ
 3) искусственное вскармливание
 4) атопические заболевания у матери и отца
Ответ: 4
47. Наиболее частые клинические формы пищевой аллергии у детей раннего возраста
 1) атопический дерматит, гастроинтестинальный синдром
 2) бронхообструктивный синдром
 3) нефротический синдром
 4) аллергический ринит
 5) крапивница и отек Квинке
Ответ: 1
48. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию
 1) груши зеленого цвета
 2) чернослив
 3) апельсины
 4) яблоки зеленого цвета
 5) персики
Ответ: 3
49. Длительный и стабильный эффект при лечении пищевой аллергии возможен при назначении
 1) мембраностабилизирующих препаратов
 2) элиминационной диеты
 3) специфической гипосенсибилизации

- 4) энтеросорбентов
- 5) антигистаминных препаратов 2-го поколения

Ответ: 2

50. Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни с тяжелой формой атопического дерматита проводят

- 1) адаптированными смесями на основе коровьего молока
- 2) соевыми смесями
- 3) смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
- 4) кисломолочными смесями
- 5) аминокислотными смесями

Ответ: 5

51. Для диагностики пищевой аллергии наиболее информативно

- 1) определение уровня специфических IgE
- 2) определение специфических IgE молекулярным методом
- 3) оценка пищевого дневника
- 4) оценка результатов провокационной пробы
- 5) реакция бласттрансформации

Ответ: 2

52. При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания следует

- 1) перевести новорожденных в обсервационное отделение и назначить лечение
- 2) оставить на месте, назначив лечение
- 3) немедленно перевести больных детей в соответствующий стационар
- 4) все ответы правильные
- 5) вызвать инфекциониста

Ответ: 3

53. Основной путь передачи внутрибольничной инфекции через

- 1) руки персонала
- 2) продукты питания
- 3) белье
- 4) предметы ухода
- 5) медицинский инструментарий

Ответ: 1

54. Вакцинация БЦЖ противопоказана во всех указанных случаях, кроме

- 1) врожденных ферментопатий
- 2) иммунодефицитных состояний
- 3) активного туберкулеза у других детей в семье
- 4) генерализованных реакций на вакцину БЦЖ у сибсов
- 5) агаммаглобулинемии Брутона

Ответ: 1

55. Осложнение, характерное для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки

- 1) хориоретинит
- 2) катаракта
- 3) миокардит
- 4) геморрагический синдром
- 5) стоматит

Ответ: 3

56. Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции, вызванной

- 1) токсоплазмой
- 2) микоплазмой
- 3) хламидиями
- 4) ЦМВИ
- 5) вирусом простого герпес

Ответ: 3

57. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет

- 1) срок внутриутробного инфицирования
- 2) токсичность возбудителя
- 3) путь проникновения инфекции
- 4) состояния реактивности организма плода
- 5) ни один из перечисленных

Ответ: 1

58. Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода

- 1) тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
- 2) активизирует клетки инсулярного аппарата
- 3) приводит к атрофии инсулярного аппарата
- 4) не оказывает никакого влияния
- 5) приводит к образованию антиинсулярных антител

Ответ: 2

59. Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение

- 1) контакт матери с животными
- 2) повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
- 3) наличие в анамнезе самопроизвольных аборт после 5-го месяца беременности
- 4) наличие специфических IgG и IgM
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

60. Клинические формы внутриутробной бактериальной инфекции

- 1) аспирационная пневмония
- 2) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
- 3) гнойный лептоменингит, остеомиелит
- 4) сепсис
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

61. Для болезни гиалиновых мембран не типичен признак

- 1) цианоз
- 2) тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
- 3) метаболический ацидоз
- 4) гипокапния и гипероксемия
- 5) дыхательная недостаточность

Ответ: 4

62. Потребность плода в железе значительно возрастает с

- 1) 12 нед
- 2) 20 нед
- 3) 28 нед
- 4) 36 нед
- 5) остается равномерной в течение всего периода беременности

Ответ: 3

63. В семье, где оба родителя больны хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик с массой тела 2200 г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Ваш диагноз

- 1) микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия
- 2) эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия
- 3) алкогольный синдром плода, микроцефалия
- 4) перинатальное поражение ЦНС
- 5) все ответы правильные

Ответ: 3

64. Самый частый вариант поражения ЦНС у доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах

- 1) субдуральное кровоизлияние
- 2) перивентрикулярное кровоизлияние
- 3) перивентрикулярная лейкомаляция
- 4) менингоэнцефалит
- 5) отек мозга

Ответ: 5

65. Первый перекрест в формуле крови у недоношенных детей происходит

- 1) на 4-й день жизни
- 2) на 5-й день жизни

- 3) на 6-й день жизни
- 4) после 7-10 дня жизни
- 5) на 21 день жизни

Ответ: 4

66. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется

- 1) к концу 1-й нед. жизни
- 2) к концу 2-й нед. жизни
- 3) к концу 1-го мес. жизни
- 4) на 2 мес. жизни
- 5) на 3 мес. жизни

Ответ: 2

67. Суточная потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании

- 1) 1,5-2 г/кг
- 2) 2,2 г/кг
- 3) 3,6 г/кг
- 4) 4,5 г/кг
- 5) 5,0 г/кг

Ответ: 2

68. В углеводах грудного молока преобладает

- 1) сахароза
- 2) мальтоза
- 3) бета-лактоза
- 4) галактоза
- 5) глюкоза

Ответ: 3

69. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют

- 1) короткий пищевод
- 2) недостаточное развитие кардиального отдела желудка
- 3) относительный гипертонус пилорического отдела желудка
- 4) физиологический дефицит ферментов
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

70. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции папула появляется через

- 1) 1 нед.
- 2) 2-3 нед.
- 3) 4-6 нед.
- 4) 2-3 мес.
- 5) 4-6 мес.

Ответ: 3

71. Наиболее часто судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом вызывают

- 1) асфиксия и родовая травма
- 2) пороки развития ЦНС
- 3) гипогликемия и гипокальциемия

- 4) гипербилирубинемия
- 5) гипергликемия

Ответ: 3

72. Самое тяжелое осложнение при желтушной форме ГБН

- 1) анемия
- 2) поражение печени
- 3) поражение ЦНС
- 4) сердечная недостаточность
- 5) поражение почек

Ответ: 3

73. Препарат выбора при лечении муковисцидоза

- 1) креон
- 2) фестал
- 3) панкреатин
- 4) ораза
- 5) мезим-форте

Ответ: 1

74. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется

- 1) ДМЖП
- 2) тетрада Фалло
- 3) транспозиция магистральных сосудов
- 4) открытый артериальный проток
- 5) ДМПП

Ответ: 3

75. Основной дифференциально-диагностический признак сепсиса

- 1) множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- 2) очаги инфекции, признаки системного воспаления, полиорганная недостаточность
- 3) тяжелое поражение ЦНС
- 4) выраженный кишечный синдром
- 5) пневмония

Ответ: 2

76. Клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей

- 1) множество гнойных очагов
- 2) тяжелая сердечная недостаточность
- 3) гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
- 4) нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК
- 5) гипертермия, токсикоз

Ответ: 4

77. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 сут. в первую очередь исключают

- 1) родовую травму ЦНС

- 2) порок развития головного мозга
- 3) метаболические нарушения
- 4) гнойный менингит
- 5) вирусный энцефалит

Ответ: 3

78. Патогномоничный симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки

- 1) рвота с рождения
- 2) гинекомастия
- 3) вирильные наружные гениталии с пигментацией
- 4) мраморный рисунок кожи
- 5) диарея

Ответ: 3

79. Наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей

- 1) пемфигус
- 2) везикулопустулез
- 3) болезнь Риттера
- 4) псевдофурункулез
- 5) синдром Лайела

Ответ: 2

80. При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных детей наиболее эффективен метод

- 1) фототерапия
- 2) лечение фенобарбиталом
- 3) инфузионная терапия
- 4) комбинация перечисленных методов
- 5) энтеросорбенты

Ответ: 1

81. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении

- 1) сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- 2) макроглоссия, низкий голос, брадикардия
- 3) затянувшаяся желтуха
- 4) специфических симптомов при рождении нет
- 5) низкая масса тела, брадикардия

Ответ: 4

82. Характер стула при дисахаридазной недостаточности

- 1) гомогенный, желтый, со слизью
- 2) жидкий, жирный, зловонный
- 3) водянистый, кислый, трескучий
- 4) обильный, замазкообразный, ахоличный
- 5) малыми порциями со слизью

Ответ: 3

83. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при

- 1) врожденной краснухе

- 2) врожденной ЦМВИ
- 3) врожденной герпетической инфекции
- 4) врожденном сифилисе
- 5) всех перечисленных случаях

Ответ: 5

84. Заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка позволяет

- 1) одышка
- 2) тремор конечностей
- 3) тахикардия
- 4) апноэ
- 5) тахипноэ

Ответ: 4

85. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют

- 1) гипоксия
- 2) ацидоз
- 3) гипогликемия
- 4) недоношенность
- 5) все перечисленные

Ответ: 5

86. Частое осложнение пневмонии у недоношенных детей:

- 1) абсцедирование
- 2) плеврит
- 3) сердечная недостаточность
- 4) менингит
- 5) сепсис

Ответ: 3

87. Наиболее существенный параметр, подтверждающий ГБН по системе АВ0

- 1) микросфероцитоз у ребенка
- 2) обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
- 3) наличие у матери группы крови 0, у ребенка – А (II) или В (III)
- 4) положительная прямая проба Кумбса
- 5) снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка

Ответ: 3

88. У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 нед., появились запоры, брадикардия. Ваш предварительный диагноз

- 1) сепсис
- 2) гипотиреоз
- 3) ГБН по АВ0 системе
- 4) пилоростеноз;
- 5) физиологическая желтуха новорожденного

Ответ: 2

89. Наиболее достоверный признак острого периода врожденного токсоплазмоза

- 1) микроцефалия
- 2) атрофия зрительного нерва
- 3) гепатомегалия
- 4) обнаружение антител IgM против токсоплазмы
- 5) высокий титр специфических антител IgG

Ответ: 4

90. На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го месяца жизни с большей достоверностью указывает

- 1) появление IgM и низкоавидных IgG
- 2) повышение IgG
- 3) лейкоцитоз 20 000 в мм³
- 4) нейтрофилез 80%
- 5) температурная реакция в пределах 37,2°C

Ответ: 1

91. Уровень непрямого билирубина сыворотки крови уменьшает

- 1) фототерапия
- 2) магнезия
- 3) преднизолон
- 4) аскорбиновая кислота
- 5) дроперидол

Ответ: 1

92. Не относится к переходным состояниям новорожденных

- 1) физиологическая эритема
- 2) милии
- 3) мелена
- 4) вагинальное кровотечение
- 5) нагрубание молочных желез

Ответ: 3

93. Достоверный признак врожденной ЦМВИ

- 1) микрофтальм и хориоретинит
- 2) кальцификаты в веществе мозга
- 3) остеопороз
- 4) обнаружение генома вируса в крови и ликворе
- 5) менингоэнцефалит

Ответ: 4

94. Основная причина физиологической желтухи новорожденного

- 1) гемолиз
- 2) недостаточная глюкуронизация
- 3) сгущение крови
- 4) холестаз
- 5) гипогликемия

Ответ: 2

95. Диагноз «муковисцидоз» подтверждают

- 1) рентгенограмма грудной клетки
- 2) исследование костного мозга
- 3) биопсия тонкого кишечника
- 4) микроскопия осадка мочи

- 5) определение электролитов пота и генетический анализ

Ответ: 5

96. У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Для генетической консультации важен показатель

- 1) возраст матери
- 2) генотип отца
- 3) состояние здоровья матери
- 4) генотип матери
- 5) повышенный радиационный фон

Ответ: 1

97. Дефицит массы при гипотрофии I степени

- 1) до 3%
- 2) от 10 до 20%
- 3) от 30 до 40%
- 4) от 40 до 50%
- 5) более 40%

Ответ: 2

98. У недоношенного ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес. Необходимо

- 1) определить параметры КОС
- 2) ограничиться наблюдением
- 3) сделать рентгенограмму черепа
- 4) сразу назначить вит. Д до 5000 МЕ в сут.
- 5) сделать люмбальную пункцию

Ответ: 2

99. Карпопедальный спазм характерен для

- 1) дефицита железа
- 2) гипофосфатемии
- 3) гипокальциемии
- 4) фебрильных судорог
- 5) эписиндрома

Ответ: 3

100. Развитию рахита при длительном применении способствуют

- 1) антиконвульсанты
- 2) папаверин
- 3) пиридоксальфосфат
- 4) пенициллин
- 5) глицин

Ответ: 1

101. Причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка

- 1) увеличение силы дыхательной мускулатуры
- 2) уменьшение бактериальной аллергии
- 3) увеличение просвета бронхов
- 4) уменьшение реактивности лимфатической ткани

- 5) уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

Ответ: 3

102. При экссудативном плеврите отсутствует

- 1) ослабление дыхания
- 2) притупление перкуторного звука
- 3) бронхиальный тип дыхания
- 4) ослабленное голосовое дрожание
- 5) тахипноэ

Ответ: 3

103. Для гемолитико-уремического синдрома не типично наличие

- 1) анемии
- 2) прямой гипербилирубинемии
- 3) тромбоцитопении
- 4) олигурии
- 5) протеинурии

Ответ: 2

104. Бронхиолит у детей раннего возраста

- 1) легкое и кратковременное заболевание
- 2) обусловлен аллергическим компонентом
- 3) ранний признак бронхиальной астмы
- 4) приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию бронхов
- 5) бронхиолита у детей раннего возраста не бывает

Ответ: 4

105. Практически не встречается в раннем детском возрасте

- 1) бронхопневмония
- 2) аспирационная пневмония
- 3) лобарная пневмония
- 4) абсцедирующая пневмония
- 5) пневмоцистная пневмония

Ответ: 3

106. Главное мероприятие при напряженном пневмотораксе

- 1) интубация и искусственное дыхание
- 2) положение на пораженной стороне
- 3) активная кислородотерапия
- 4) возвышенное положение
- 5) плевральная пункция и дренаж

Ответ: 5

107. Признаки железодефицитной анемии, кроме

- 1) гипербилирубинемии
- 2) гипохромии эритроцитов
- 3) анизоцитоза
- 4) уменьшения связанного железа в сыворотке
- 5) уменьшения трансферрина сыворотки крови

Ответ: 1

- 108.** Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и длительности кровотечения имеет место при
- 1) гемофилии А
 - 2) недостаточности VII фактора
 - 3) недостаточности XIII фактора
 - 4) афибриногенемии
 - 5) каждом из перечисленных заболеваний

Ответ: 4

- 109.** Для муковисцидоза не характерен признак
- 1) полифекалия
 - 2) мекониальный илеус
 - 3) гипернатриемия
 - 4) стеаторея
 - 5) ателектазы

Ответ: 3

- 110.** Целиакия:
- 1) развивается в большинстве случаев в первые 3 мес жизни
 - 2) приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
 - 3) спонтанно излечивается после 2 года жизни
 - 4) сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника
 - 5) не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

Ответ: 4

- 111.** Для приготовления пищи при целиакии используют
- 1) пшеничную муку
 - 2) ржаную муку
 - 3) овсяные хлопья
 - 4) манную крупу
 - 5) кукурузную, рисовую или гречневую муку

Ответ: 5

- 112.** Для клеточной дегидратации наиболее характерно наличие
- 1) мышечной гипотрофии
 - 2) жажды
 - 3) судорог
 - 4) отеков
 - 5) повышения АД

Ответ: 2

- 113.** Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует
- 1) ацидоз
 - 2) алкалоз
 - 3) гиперкалиемия
 - 4) гипопротеинемия
 - 5) гиповентиляция

Ответ: 1

- 114.** Состояние алкалоза характерно для
- 1) пиелонефрита
 - 2) сахарного диабета
 - 3) опухоли мозга с рецидивирующей рвотой
 - 4) массивной пневмонии
 - 5) рахита

Ответ: 3

- 115.** К метаболическому алкалозу приводит
- 1) профузный понос
 - 2) пилоростеноз
 - 3) синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы
 - 4) синдром врожденного дефицита карбоангидразы
 - 5) синдром дыхательной недостаточности

Ответ: 2

- 116.** Для синдрома внезапной смерти детей характерно
- 1) чаще встречается у детей старше 3 лет
 - 2) смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка
 - 3) всегда обнаруживают конкретную причину смерти
 - 4) всегда имеются клинкоморфологические признаки незрелости
 - 5) семейная предрасположенность к внезапной смерти

Ответ: 5

- 117.** Ведущий признак при остром пиелонефрите у детей грудного возраста
- 1) общая интоксикация
 - 2) дизурические явления
 - 3) синдром срыгивания
 - 4) субфебрилитет
 - 5) болевой синдром

Ответ: 1

- 118.** Объем мочевого пузыря у новорожденного
- 1) 10-15 мл
 - 2) 30-50 мл
 - 3) 100-150 мл
 - 4) 100-200 мл
 - 5) 250-300 мл

Ответ: 2

- 119.** Ведущий возбудитель внебольничной (домашней) пневмонии у детей от 1 до 5 лет
- 1) пневмококк
 - 2) пиогенный стрептококк
 - 3) стафилококк
 - 4) клебсиелла
 - 5) кишечная палочка

Ответ: 1

- 120.** Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии

- 1) одышка
- 2) ослабленное дыхание
- 3) локальная крепитация
- 4) многочисленные мелкопузырчатые хрипы
- 5) втяжение уступчивых мест грудной клетки

Ответ: 3

121. Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии

- 1) хламидийной
- 2) микоплазменной
- 3) пневмоцистной
- 4) пневмококковой
- 5) грибковой

Ответ: 4

122. Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет чаще вызывают

- 1) стафилококки
- 2) пневмоцисты
- 3) пневмококки и атипичные микроорганизмы
- 4) грибы
- 5) синегнойная палочка

Ответ: 3

123. Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки

- 1) 3-4 нед.
- 2) 3-5 нед.
- 3) 5-6 нед.
- 4) 6 нед.-8 мес.
- 5) 8 мес. и более

Ответ: 4

124. Для экссудативного плеврита характерно

- 1) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в большую сторону
- 2) коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
- 3) усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
- 4) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
- 5) усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторного звука

Ответ: 4

125. Причиной экспираторной одышки является

- 1) фарингит
- 2) ларингит
- 3) бронхиальная обструкция
- 4) трахеит
- 5) ничего из вышеперечисленного

Ответ: 3

126. Для выявления междолевого выпота показано проведение

- 1) томографии
- 2) бокового снимка грудной клетки
- 3) плевральной пункции
- 4) прямой рентгенограммы
- 5) бронхоскопии

Ответ: 2

127. Признаки, характерные для бронхоэктатической болезни

- 1) непостоянные влажные хрипы
- 2) влажные хрипы постоянной локализации
- 3) проводные хрипы
- 4) крепитация
- 5) сухие рассеянные хрипы

Ответ: 2

128. Для гемосидероза легких характерно наличие

- 1) сидерофагов в мокроте
- 2) высокого уровня железа в сыворотке крови
- 3) эмфиземы
- 4) эозинофильного легочного инфильтрата
- 5) ржавой мокроты

Ответ: 1

129. Для выявления бронхоэктазов показано проведение

- 1) томографии
- 2) пневмотахометрии
- 3) Ro-графии органов грудной клетки
- 4) МРТ
- 5) УЗИ

Ответ: 1

130. Не характерно для бронхиальной астмы

- 1) приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой
- 2) повышение хлоридов в поте и моче
- 3) гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
- 4) рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы
- 5) жесткое дыхание

Ответ: 2

131. У детей реже встречается форма бронхиальной астмы

- 1) атопическая
- 2) неатопическая
- 3) астма физической нагрузки
- 4) аспириновая астма
- 5) инфекционно-аллергическая

Ответ: 4

132. Минимальное значение в диагностике бронхиальной астмы у детей в возрасте старше 5 лет имеет

- 1) измерение объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV₁) и форсированной жизненной емкости (FCV)
- 2) измерение максимальной скорости выдоха (PEF)
- 3) определение общего IgE и IgG₄ в сыворотке крови
- 4) кожные тесты с аллергенами и определение специфических IgE
- 5) приступы бронхоспазма во время ОРВИ

Ответ: 3

133. С помощью пикфлоурометра измеряется

- 1) общая емкость выдоха
- 2) жизненная емкость легких
- 3) остаточный объем легких;
- 4) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
- 5) степень бронхиальной обструкции

Ответ: 4

134. Для купирования приступа бронхиальной астмы легкой степени применяют

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) преднизолон в/в
- 3) эуфиллин в/м
- 4) кларитин
- 5) бета-2-адреномиметики

Ответ: 5

135. Продолжительность курса лечения азитромицином при пневмонии

- 1) 1-2 дня
- 2) 3 или 5 дней
- 3) 7-10 дней
- 4) 11-14 дней
- 5) 14-21 день

Ответ: 2

136. При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении

- 1) ингаляционных кортикостероидов
- 2) кромогликата
- 3) пероральных кортикостероидов
- 4) антагонистов лейкотриена
- 5) бета-2-адреномиметиков

Ответ: 3

137. При лечении пневмонии, вызванной устойчивыми к пенициллину штаммами пневмококка, используют

- 1) феноксиметилпенициллин
- 2) амоксицилина клавуланат
- 3) амоксициллин в высокой дозе

4) аминогликозиды

5) макролиды

Ответ: 3

138. При лечении микоплазменной пневмонии используют

- 1) природные пенициллины
- 2) макролиды
- 3) полусинтетические пенициллины
- 4) цефалоспорины 1-го поколения
- 5) аминогликозиды

Ответ: 2

139. Обструктивное легочное заболевание

- 1) экзогенный аллергический альвеолит
- 2) эозинофильная пневмония
- 3) фиброзирующий альвеолит
- 4) бронхиальная астма
- 5) бронхоэктатическая болезнь

Ответ: 4

140. При лечении пневмоцистной пневмонии используют

- 1) триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)
- 2) макролиды
- 3) защищенные пенициллины
- 4) цефалоспорины 2-го поколения
- 5) линкомицин

Ответ: 1

141. Лекарственные препараты, контролирующие течение бронхиальной астмы

- 1) бета-2-адреномиметики короткого действия
- 2) ингаляционные холинолитики
- 3) противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры
- 4) иммуностимуляторы
- 5) антигистаминные средства

Ответ: 3

142. Бронходилататор длительного действия

- 1) сальбутамол
- 2) сальметерол
- 3) эуфиллин
- 4) монтелукаст
- 5) беродуал

Ответ: 2

143. Не обладает муколитическим эффектом

- 1) месна
- 2) амброксол
- 3) бромгексин
- 4) бутамират
- 5) карбоцистеин

Ответ: 4

144. Не относится к типичным рентгенологическим изменениям

при бронхиальной астме в приступный период:

- 1) нарушение подвижности грудной клетки
- 2) вздутие грудной клетки
- 3) увеличение лимфоузлов средостения
- 4) усиление сосудистого рисунка
- 5) ателектазы

Ответ: 3

145. Решающее значение для диагностики бронхоэктатической болезни имеет

- 1) рентгенография грудной клетки
- 2) физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов
- 3) исследование функции внешнего дыхания
- 4) пикфлоуметрия
- 5) томография

Ответ: 5

146. В основе хронического облитерирующего бронхоолита лежит

- 1) преходящий бронхоспазм
- 2) облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого
- 3) транзиторный отек слизистой бронхов
- 4) кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета
- 5) множественные ателектазы

Ответ: 2

147. При пневмонии, вызванной микоплазмой, подросткам назначают

- 1) тетрациклины или макролиды
- 2) фторхинолоны
- 3) пенициллин
- 4) ко-тримоксазол
- 5) гентамицин

Ответ: 1

148. Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до

- 1) нормализации температуры
- 2) полного рассасывания инфильтрата в лёгком
- 3) нормализации СОЭ
- 4) 3 дня стойкой нормальной температуры тела
- 5) ликвидации токсикоза

Ответ: 4

149. Достоверный метод верификации хронического бронхита

- 1) общеклинические физикальные исследования
- 2) рентгенография органов грудной клетки
- 3) клинический анализ крови

4) бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого

5) посев мокроты

Ответ: 4

150. Не относится к ингаляционным стероидам

- 1) бекотид (бекламетазона дипропинат)
- 2) фликсотид (флютиказона пропионат)
- 3) ингакорт (флунизолид)
- 4) дексаметазон
- 5) кромогликат натрия

Ответ: 5

151. К бета-2 агонистам не относится

- 1) вентолин (сальбутамол)
- 2) беротек (фенотерол)
- 3) беродуал
- 4) сальметерол
- 5) монтелукаст

Ответ: 5

152. Наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов

- 1) кандидоз полости рта
- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) остеопороз
- 4) гипергликемия
- 5) синдром Иценко - Кушинга

Ответ: 1

153. Наиболее частое осложнение тяжелой бронхообструкции у детей

- 1) ателектаз
- 2) пиоторакс
- 3) абсцесс
- 4) напряжённый пневмоторакс
- 5) булла

Ответ: 1

154. К лечебным мероприятиям в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии не относятся

- 1) бронхолитики
- 2) отхаркивающие
- 3) вибрационный массаж грудной клетки
- 4) антибиотики
- 5) физиолечение

Ответ: 4

155. Бронхообструкции у детей способствуют анатомо-физиологические особенности органов дыхания, кроме

- 1) узких воздухоносных путей
- 2) мягкости хрящей гортани, трахеи, бронхов
- 3) диафрагмального типа дыхания
- 4) затрудненного носового дыхания
- 5) низко расположенного надгортанника

Ответ: 4

- 156.** Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают сегментоядерные лейкоциты
- 1) пневмония
 - 2) туберкулез
 - 3) рак легкого
 - 4) обструктивный бронхит
 - 5) перелом ребра

Ответ: 1

- 157.** При диссеминированном туберкулезе частая внелегочная локализация процесса
- 1) кости и кожа
 - 2) гортань и серозные оболочки
 - 3) глаза и половые органы
 - 4) почки и мозговые оболочки
 - 5) кишечник и кожа

Ответ: 2

- 158.** В процессе адаптации организма участвуют
- 1) надпочечники
 - 2) гипоталамус
 - 3) гипофиз
 - 4) кора мозга
 - 5) все перечисленное

Ответ: 5

- 159.** У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-м межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме – гиперволемиа малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз
- 1) стеноз легочной артерии
 - 2) ДМЖП
 - 3) субаортальный стеноз
 - 4) открытый артериальный проток
 - 5) коарктация аорты

Ответ: 2

- 160.** При бактериальном поражении клапанов сердца наблюдается
- 1) увеличение селезенки
 - 2) лихорадка
 - 3) увеличение СОЭ
 - 4) анемия
 - 5) все перечисленное

Ответ: 5

- 161.** При большом ДМЖП у ребенка 3 мес. характерны все перечисленные признаки, кроме
- 1) одышки и непереносимости физической нагрузки
 - 2) повторных пневмоний
 - 3) акцента второго тона на легочной артерии
 - 4) судорог

- 5) тахикардии

Ответ: 4

- 162.** При одышно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно
- 1) вводить строфантин
 - 2) давать кислород
 - 3) назначать пропранолол (анаприлин, обзидан)
 - 4) вводить промедол
 - 5) при продолжении приступа проводить инфузионную терапию

Ответ: 1

- 163.** К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, не относится
- 1) открытый артериальный проток
 - 2) коарктация аорты
 - 3) транспозиция крупных сосудов
 - 4) дефект мышечной части межжелудочковой перегородки
 - 5) тетрада Фалло

Ответ: 4

- 164.** При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеют
- 1) повышение уровня иммуноглобулинов
 - 2) диспротеинемия
 - 3) LE-клетки
 - 4) увеличение СОЭ
 - 5) изменения в моче

Ответ: 3

- 165.** При системном варианте ревматоидного артрита может наблюдаться
- 1) высокая лихорадка
 - 2) перикардит
 - 3) увеличение лимфоузлов
 - 4) СОЭ 60 мм/ч
 - 5) все перечисленное

Ответ: 5

- 166.** У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, T 38°C. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. 3 недели назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз
- 1) постинфекционный миокардит
 - 2) острая ревматическая лихорадка
 - 3) ревматоидный артрит
 - 4) септический кардит
 - 5) реактивный артрит

Ответ: 2

- 167.** К основным критериям ревматизма по Киселю – Джонсу – Нестерову относится

- 1) повышение титра АСЛЮ
- 2) абдоминальный синдром
- 3) кардит
- 4) снижение зубца Т на ЭКГ
- 5) увеличение интервала QT на ЭКГ

Ответ: 3

168. Один из основных диагностических критериев ревматизма

- 1) очаговая инфекция
- 2) артрит
- 3) общее недомогание
- 4) артралгия
- 5) лихорадка

Ответ: 2

169. Основная причина формирования приобретенных пороков сердца у детей

- 1) скарлатина
- 2) системная красная волчанка
- 3) ревматизм
- 4) септический эндокардит
- 5) ревматоидный артрит

Ответ: 3

170. Ребенку с предварительным диагнозом «острая ревматическая лихорадка» необходимо назначить

- 1) клинический анализ крови амбулаторно
- 2) биохимический анализ крови амбулаторно
- 3) консультацию кардиоревматолога
- 4) госпитализацию
- 5) ЭКГ амбулаторно

Ответ: 4

171. В начальный период ревматической атаки показано применение

- 1) пенициллина
- 2) цефазолина
- 3) левомицетина
- 4) бициллина
- 5) цефтазида

Ответ: 1

172. Ребенок госпитализирован на 2-й день от начала артрита. Т 37,8°C, боли и припухлость суставов сохраняются. Систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ – 45 мм/ч. Необходимо назначить все перечисленное, кроме

- 1) пенициллина
- 2) преднизолона
- 3) диклофенака
- 4) цефалоспоринов 2-го поколения
- 5) поливитаминов

Ответ: 4

173. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 мес. Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо

- 1) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5
- 2) бициллин-3
- 3) пенициллин
- 4) эритромицин
- 5) преднизолон

Ответ: 1

174. Реабилитацию детей, перенесших атаку ревматизма, в поликлинике организует

- 1) физиотерапевт
- 2) участковый педиатр
- 3) ЛОР-специалист
- 4) врач ЛФК
- 5) зав. отделением

Ответ: 2

175. НПВС не рекомендуются при

- 1) ревматизме
- 2) ревматоидном артрите
- 3) тромбоцитопенической пурпуре
- 4) посттравматическом артрите
- 5) реактивном артрите

Ответ: 3

176. Стероидные (гормональные) противовоспалительные препараты могут вызвать

- 1) усиление тромбообразования
- 2) повышение АД
- 3) возникновение язвы ЖКТ
- 4) гипергликемию
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

177. Преднизолон оказывает все перечисленные действия, за исключением

- 1) противовоспалительного
- 2) антигистаминного
- 3) иммуносупрессивного
- 4) антикоагулянтного
- 5) влияния на глюконеогенез

Ответ: 4

178. Осложнения со стороны крови могут возникнуть при применении

- 1) анальгина
- 2) папаверина
- 3) тавегила
- 4) супрастина
- 5) капотена

Ответ: 1

179. При дистрофии миокарда назначают

- 1) ацетилсалициловую кислоту
- 2) диклофенак
- 3) витамины, L-карнитин, оротат калия

- 4) хлористый кальций
- 5) капотен

Ответ: С

180. Более быстрое диуретическое действие оказывает

- 1) гипотиазид
- 2) лазикс
- 3) диакарб
- 4) верошпирон
- 5) триампур

Ответ: 2

181. Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматизма. Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации профилактика бициллином проводится

- 1) 1 год
- 2) 2 года
- 3) 3 года
- 4) 5 лет
- 5) до перехода во взрослую сеть

Ответ: 5

182. Основные критерии болезни Kawasaki в сочетании с лихорадкой длительностью 5 дней

- 1) двусторонняя инъекция склер, конъюнктивит
- 2) изменения слизистой полости рта
- 3) изменения периферических отделов конечностей
- 4) сыпь, шейная лимфоаденопатия
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

183. При болезни Kawasaki показаны

- 1) кортикостероиды в больших дозах
- 2) внутривенный иммуноглобулин 2 г/кг/курс + аспирин 100 мг/кг/сут
- 3) кортикостероиды в малых дозах
- 4) цитостатики
- 5) антибиотики широкого спектра действия

Ответ: 2

184. Наиболее грозное осложнение болезни Kawasaki

- 1) нефрит
- 2) энцефалит
- 3) аневризма коронарных артерий
- 4) гангрена дистальных фаланг конечностей
- 5) гемофагоцитарный синдром

Ответ: 3

185. При отеке легких не наблюдается

- 1) одышка
- 2) ортопноэ
- 3) большое количество влажных хрипов в легких

- 4) учащенное мочеиспускание
- 5) задержка мочеиспускания

Ответ: 4

186. К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится

- 1) бледность кожных покровов
- 2) нитевидный пульс
- 3) падение АД
- 4) гиперемия кожи
- 5) одышка

Ответ: 4

187. Средства неотложной терапии при отеке легких

- 1) седуксен
- 2) наложение жгутов на ноги
- 3) лазикс
- 4) преднизолон
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

188. Ортостатический коллапс может вызвать

- 1) дибазол
- 2) престариум
- 3) папаверин
- 4) анаприлин
- 5) преднизолон

Ответ: 4

189. Злокачественная гипертония чаще всего наблюдается при

- 1) системной красной волчанке
- 2) геморрагическом васкулите
- 3) узелковом полиартериите
- 4) открытом артериальном протоке
- 5) аортальной недостаточности

Ответ: 3

190. Наиболее информативное исследование для выявления вазоренальной гипертонии

- 1) цистография
- 2) измерение АД на ногах
- 3) внутривенная урография
- 4) ренальная ангиография
- 5) УЗИ сосудов почек

Ответ: 4

191. С артериальной гипертонией протекает

- 1) стеноз легочной артерии
- 2) стеноз аорты
- 3) коарктация аорты
- 4) ДМПП
- 5) ДМЖП

Ответ: 3

192. Наиболее информативно для дифференциальной диагностики гипертонии при коарктации аорты

- 1) повышение в моче альдостерона

- 2) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
- 3) АД на ногах ниже, чем на руках
- 4) снижение в моче уровня катехоламинов
- 5) АД на ногах выше, чем на руках

Ответ: 3

193. Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается при

- 1) миокардите
- 2) выпотном перикардите
- 3) слипчивом перикардите
- 4) тяжелой анемии
- 5) всем перечисленном

Ответ: 5

194. Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует

- 1) оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
- 2) ограничить физические нагрузки
- 3) оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
- 4) госпитализировать для обследования
- 5) назначить дома цитохром С, актовегин

Ответ: 4

195. Для диагностики пароксизмальной тахикардии экстренно проводят

- 1) рентгенографию
- 2) ЭКГ
- 3) велоэргометрию
- 4) определение калия в крови
- 5) Эхо-кардиографию

Ответ: 2

196. Наиболее характерный симптом при пароксизмальной тахикардии у детей старше года

- 1) ЧСС 120 в мин
- 2) ЧСС более 160-180 в мин, ритмичность сердечных сокращений
- 3) ЧСС 140 в мин
- 4) перебои (выпадения) сердечных сокращений
- 5) дизритмичность сердечных сокращений

Ответ: 2

197. Характерные ЭКГ-признаки желудочковой формы пароксизмальной тахикардии

- 1) ритм 130 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
- 2) ритм более 180 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
- 3) ритм 160 в мин, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- 4) ритм 150 в мин, нерегулярный, узкий комплекс QRS

- 5) ритм 150 в мин, уширенный комплекс QRS

Ответ: 5

198. Выведение из приступа пароксизмальной тахикардии ребенка 8 лет при АД 90/60 мм рт. ст. начинают с введения

- 1) адреналина в/в
- 2) дигоксина в/м
- 3) кордарона в/в
- 4) АТФ в/в
- 5) дизопирамида в/в

Ответ: 4

199. Для профилактики частых приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии ребенку 10 лет с синдромом предвозбуждения желудочков более эффективен

- 1) анаприлин
- 2) строфантин
- 3) новокаинамид
- 4) кордарон
- 5) верапамил

Ответ: 4

200. При полной атриовентрикулярной блокаде наблюдается

- 1) дизритмия
- 2) ЧСС 50-60 в мин
- 3) ЧСС 90 в мин
- 4) дефицит пульса
- 5) ЧСС 100 в мин

Ответ: 2

201. При полной атриовентрикулярной блокаде могут наблюдаться приступы

- 1) резкого цианоза
- 2) потери сознания
- 3) сердцебиения
- 4) одышно-цианотические
- 5) жара, гиперемии лица

Ответ: 2

202. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны

- 1) гипергидроз
- 2) тахикардия
- 3) красный дермографизм
- 4) склонность к обморокам
- 5) плохая переносимость транспорта

Ответ: 2

203. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечаются

- 1) систолодиастолический шум
- 2) длинный дующий систолический шум на верхушке
- 3) мезодиастолический шум
- 4) глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум

5) поздний систолический шум

Ответ: 4

204. Для бактериального (инфекционного) эндокардита характерны

- 1) лихорадка
- 2) поражение аортального клапана
- 3) увеличение СОЭ
- 4) гиперкоагуляция
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

205. В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеют

- 1) ЭКГ, Эхо-кардиография
- 2) СМАД
- 3) рентгенография
- 4) протеинограмма
- 5) исследование функции внешнего дыхания

Ответ: 1

206. При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить

- 1) кофеин
- 2) кордиамин
- 3) дигоксин
- 4) индерал (анаприлин)
- 5) капотен, мочегонные

Ответ: 5

207. При инфекционно-токсической кардиопатии (дистрофии миокарда) наиболее целесообразно назначить

- 1) оротат калия, кудесан, карнитин
- 2) преднизолон
- 3) кордиамин
- 4) пенициллин
- 5) витамин В15

Ответ: 1

208. Дистрофия миокарда может возникнуть у детей при

- 1) физических перегрузках
- 2) эндокринных заболеваниях
- 3) сепсисе и остеомиелите
- 4) ожирении
- 5) всем перечисленным

Ответ: 5

209. У девочки 12 лет отмечаются периодические колющие боли в области сердца. Ей необходимо назначить в первую очередь

- 1) клинический анализ крови и ЭКГ
- 2) суточное мониторирование ритма сердца
- 3) рентгенографию сердца
- 4) пробу с физической нагрузкой
- 5) велоэргометрию

Ответ: 1

210. Перед назначением плавания грудному ребенку проводят

- 1) рентгенографию сердца
- 2) ЭКГ
- 3) Эхо-кардиографию
- 4) клинический анализ крови
- 5) определение С-реактивного белка

Ответ: 2

211. Для гипертрофической кардиомиопатии характерно

- 1) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- 2) увеличение полости левого желудочка
- 3) увеличение полости правого желудочка
- 4) гипертрофия предсердий
- 5) аномальное крепление митральных хорд

Ответ: 1

212. Для дилатационной кардиомиопатии характерно

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) увеличение полостей желудочков
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- 5) аномальная трабекула

Ответ: 2

213. Перед началом занятий в спортивной секции обязательно проведение

- 1) Эхо-КГ
- 2) СМАД
- 3) ЭКГ
- 4) рентгенографии
- 5) велоэргометрии

Ответ: 3

214. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа – Паркинсона - Уайта)

- 1) 0,14 с
- 2) 0,10 с
- 3) 0,18 с
- 4) 0,20 с
- 5) 0,22 с

Ответ: 2

215. Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано

- 1) гиперкалиемией
- 2) гипокалиемией
- 3) инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии
- 4) тяжелой аллергической реакцией
- 5) миокардитом

Ответ: 1

- 216.** Дети с WPW на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
- 1) ревматизма
 - 2) гипертрофической кардиомиопатии
 - 3) пароксизмальной тахикардии
 - 4) перикардита
 - 5) поствирусного миокардита

Ответ: 3

- 217.** Наиболее информативное исследование для диагностики пролапса митрального клапана
- 1) ЭКГ
 - 2) Эхо-КГ
 - 3) СМАД
 - 4) рентгенограмма сердца
 - 5) КТ

Ответ: 2

- 218.** Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является
- 1) ЭКГ
 - 2) рентгенография
 - 3) СМАД
 - 4) Эхо-КГ
 - 5) МРТ

Ответ: 4

- 219.** Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно
- 1) высокое СОЭ
 - 2) рентгенологические данные
 - 3) определение иммуноглобулинов
 - 4) утолщение костальной плевры
 - 5) определение ревматоидного фактора

Ответ: 2

- 220.** К непрямым антикоагулянтам относится
- 1) дипиридамола
 - 2) гепарин
 - 3) аспирин
 - 4) фенилин
 - 5) тиклид

Ответ: 4

- 221.** К гормональным противовоспалительным препаратам относится
- 1) напроксен
 - 2) кетотифен
 - 3) метипред
 - 4) лорноксикам (ксефокам)
 - 5) диклофенак

Ответ: 3

- 222.** При гормональной терапии ревматоидного артрита в диету включают
- 1) творог и кефир

- 2) овощные и фруктовые салаты
- 3) печеный картофель
- 4) сухофрукты
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

- 223.** Риск развития патологии пищевода увеличен при
- 1) недостаточности эзофагокардиального отдела
 - 2) спастическом запоре
 - 3) гепатите
 - 4) дисфункции билиарного тракта
 - 5) панкреатите

Ответ: 1

- 224.** При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
- 1) рентгенологическое исследование ЖКТ с водно-сифонной пробой
 - 2) ФГДС
 - 3) внутрижелудочную рН-метрию
 - 4) рентгенологическое исследование ЖКТ с барием
 - 5) УЗИ желудка

Ответ: 1

- 225.** Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативно проведение
- 1) ФГДС
 - 2) рентгенографии ЖКТ с барием
 - 3) исследование кала на скрытую кровь
 - 4) клинического анализа крови
 - 5) внутрижелудочной рН-метрии

Ответ: 1

- 226.** Для эзофагита характерны
- 1) боли за грудиной
 - 2) метеоризм
 - 3) жидкий стул
 - 4) запоры
 - 5) тошнота

Ответ: 1

- 227.** Причины срыгиваний у грудных детей
- 1) незрелость эзофагокардиального отдела пищевода
 - 2) высокий тонус желудка в пилорическом отделе
 - 3) высокое внутрибрюшное давление
 - 4) непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
 - 5) все перечисленное

Ответ: 5

- 228.** Изжога свидетельствует о
- 1) забросе желудочного содержимого в пищевод

- 2) повышении кислотности желудочного содержимого
- 3) диафрагмальной грыже
- 4) язвенной болезни желудка
- 5) гастродуодените

Ответ: 1

229. Приступ кетоацидоза не провоцирует

- 1) интеркуррентное заболевание
- 2) перекорм жирами, белками
- 3) перекорм углеводами
- 4) голодание
- 5) повышенный питьевой режим

Ответ: 5

230. Рвота при кетоацидозе сопровождается

- 1) жидким стулом
- 2) болями в животе
- 3) головной болью
- 4) ацетонурией
- 5) метеоризмом

Ответ: 4

231. При кетоацидозе в первую очередь проводят исследование уровня

- 1) глюкозы
- 2) протромбина
- 3) билирубина
- 4) С-реактивного белка
- 5) креатинина

Ответ: 1

232. Для халазии характерно наличие

- 1) боли в правом подреберье
- 2) запоров
- 3) боли натощак в эпигастрии
- 4) рецидивирующей рвоты
- 5) метеоризма

Ответ: 4

233. Для выявления халазии необходимо провести

- 1) холецистографию
- 2) копрологическое исследование
- 3) рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
- 4) ирригоскопию
- 5) колоноскопию

Ответ: 3

234. Ахалазия сопровождается

- 1) рвотой непереваренной пищей
- 2) рвотой с примесью желчи
- 3) срыгиванием через 1 ч после еды
- 4) рвотой переваренной пищей
- 5) изжогой

Ответ: 1

235. Боли за грудиной связаны с

- 1) гиперацидностью

- 2) раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюксэзофагите
- 3) метеоризмом
- 4) повышением внутрибрюшного давления
- 5) спазмом сфинктера Одди

Ответ: 2

236. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается

- 1) нарушений электролитного обмена
- 2) алкалоза
- 3) эксикоза
- 4) полиурии
- 5) кетоацидоза

Ответ: 4

237. Для язвенной диспепсии характерны

- 1) изжога
- 2) рвота
- 3) тощакковые боли
- 4) отрыжка
- 5) все перечисленное

Ответ: 3

238. Для гиперацидности не характерно наличие

- 1) поноса
- 2) тощакковой боли в гастродуоденальной зоне
- 3) запоров
- 4) обложенности языка
- 5) изжоги

Ответ: 1

239. Для хеликобактериоза не характерно наличие

- 1) гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны
- 2) эрозивно-язвенного процесса
- 3) гиперацидности
- 4) полипоза
- 5) дуоденогастрального рефлюкса

Ответ: 5

240. Качественный метод диагностики хеликобактериоза

- 1) обнаружение микроба в слюне методом ПЦР
- 2) положительный уреазный тест с биоптатом
- 3) выделение чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
- 4) клинично-эндоскопическое исследование
- 5) копрология

Ответ: 3

241. При хеликобактериозе не эффективен

- 1) амоксициллин

- 2) фуразолидон
- 3) препарат висмута
- 4) спазмолитик
- 5) макролид

Ответ: 4

242. Информативное исследование при гастрите

- 1) эндоскопия с биопсией
- 2) рентгеноконтрастное исследование
- 3) УЗИ
- 4) иридодиагностика
- 5) копрограмма

Ответ: 1

243. Эвакуацию из желудка замедляют

- 1) жидкости
- 2) мясные блюда
- 3) щелочное питье
- 4) кефир
- 5) рыба

Ответ: 4

244. Для недостаточности привратника не характерно наличие

- 1) болей в эпигастрии во время еды
- 2) позыва на дефекацию во время еды
- 3) разжижения стула
- 4) рвоты без примеси желчи
- 5) запоров

Ответ: 4

245. Закрытию привратника способствует

- 1) прием кислой пищи в начале еды
- 2) запивание еды жидкостью
- 3) жирная пища
- 4) пресное молоко
- 5) щелочная минеральная вода перед едой

Ответ: 1

246. Для функциональной диспепсии характерно наличие

- 1) дуоденогастрального рефлюкса
- 2) тошноты
- 3) боли в гипогастрии
- 4) боли в эпигастрии во время еды и сразу после еды
- 5) диспепсии

Ответ: 4

247. Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию

- 1) дивертикула желудка
- 2) перегиба желудка
- 3) ГЭРБ
- 4) антрального гастрита
- 5) СРК

Ответ: 4

248. Наиболее информативный метод диагностики артериомезентериальной компрессии

- 1) рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное
- 2) эндоскопия
- 3) дуоденальное зондирование
- 4) УЗИ
- 5) копрограмма

Ответ: 1

249. Для диагностики дуоденита наименее информативна

- 1) эндоскопия с биопсией
- 2) рентгеноскопия
- 3) УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
- 4) копрограмма
- 5) биохимический анализ крови

Ответ: 4

250. Недостоверный эндоскопический признак обострения дуоденита

- 1) отечность
- 2) гиперсекреция слизи
- 3) картина «бульжной мостовой»
- 4) феномен «манной крупы»
- 5) гиперемия слизистой

Ответ: 2

251. С наличием дуоденита связана патология

- 1) хронический тонзиллит
- 2) колит
- 3) пиелонефрит
- 4) синдром билиарной дисфункции
- 5) эзофагит

Ответ: 4

252. Наиболее достоверный клинический признак язвенной болезни

- 1) сезонность болей
- 2) тощачковые боли в эпигастрии
- 3) рецидивирующая рвота
- 4) изжога
- 5) неустойчивый стул

Ответ: 2

253. Частое осложнение язвенной болезни у детей

- 1) кровотечение
- 2) перфорация
- 3) пенетрация в поджелудочную железу
- 4) малигнизация
- 5) непроходимость

Ответ: 1

254. Не оказывает репаративного действия

- 1) де-нол
- 2) ранитидин
- 3) облепиховое масло
- 4) альмагель

- 5) венгер
- Ответ: 4**
- 255.** При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни эффективны
- 1) гипербарическая оксигенация
 - 2) лазеротерапия
 - 3) антисекреторные препараты
 - 4) акупунктура
 - 5) антациды
- Ответ: 3**
- 256.** Предрасполагают к развитию холепатии
- 1) заболевания 12-перстной кишки
 - 2) хронический тонзиллит
 - 3) гастрит
 - 4) пневмония
 - 5) панкреатит
- Ответ: 1**
- 257.** Риск развития гепато- и холепатии повышается при
- 1) наследственной предрасположенности
 - 2) перенесенном вирусном гепатите
 - 3) дисбактериозе
 - 4) воздушно-капельной инфекции
 - 5) желчнокаменной болезни
- Ответ: 1**
- 258.** Основным симптомом дисфункции билиарного тракта
- 1) боль в правом подреберье
 - 2) субиктеричность склер
 - 3) обложенность языка
 - 4) телеангиоэктазии на коже
 - 5) горечь во рту
- Ответ: 1**
- 259.** Микроскопия дуоденального содержимого позволяет диагностировать
- 1) дисхолию
 - 2) дискинезию
 - 3) холецистит
 - 4) врожденную аномалию
 - 5) калькулезный холецистит
- Ответ: 1**
- 260.** Для дисхолии характерно наличие
- 1) кристаллов билирубината кальция
 - 2) лейкоцитов
 - 3) кристаллов холестерина
 - 4) липидных частиц, гранул
 - 5) лямблий
- Ответ: 1**
- 261.** На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет
- 1) альдостерон
 - 2) тироксин
 - 3) инсулин
 - 4) гонадотропин

- 5) андрогены
- Ответ: 1**
- 262.** Селективность протеинурии определяют для оценки состояния
- 1) петли Генле
 - 2) эпителия дистальных канальцев
 - 3) мембраны клубочков
 - 4) эпителия проксимальных канальцев
 - 5) всего перечисленного
- Ответ: 3**
- 263.** Концентрационную функцию почек не характеризует
- 1) проба Зимницкого
 - 2) белок и белковые фракции
 - 3) относительная плотность мочи
 - 4) осмолярность мочи
 - 5) электролиты крови
- Ответ: 2**
- 264.** Фильтрационную способность почек не характеризует
- 1) клиренс эндогенного креатинина
 - 2) креатинин крови
 - 3) уровень мочевины крови
 - 4) осмолярность мочи
 - 5) селективность протеинурии.
- Ответ: D**
- 265.** У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза «наследственный нефрит» важно выявить у родственников все симптомы, кроме
- 1) тугоухости
 - 2) гематурии
 - 3) патологии зрения
 - 4) дисплазии тазобедренного сустава
 - 5) развития ХПН в раннем возрасте
- Ответ: 4**
- 266.** Торпидное течение характерно для
- 1) нефротической формы гломерулонефрита
 - 2) пиелонефрита
 - 3) волчаночного нефрита
 - 4) наследственного нефрита
 - 5) цистита
- Ответ: 4**
- 267.** Повышение АД на ранних стадиях заболевания характерно для
- 1) наследственного нефрита
 - 2) гломерулонефрита
 - 3) пиелонефрита
 - 4) дизметаболической нефропатии
 - 5) тубулопатий
- Ответ: 2**

268. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для

- 1) наследственного нефрита
- 2) тубулопатий
- 3) гломерулонефрита
- 4) дизметаболической нефропатии
- 5) кистозной болезни

Ответ: 3

269. Мочу на посев собирают методом

- 1) пункции мочевого пузыря
- 2) из средней струи в стерильную посуду
- 3) катетеризации мочевого пузыря
- 4) в пластиковый мочеприемник
- 5) из суточной мочи

Ответ: 2

270. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для

- 1) пиелонефрита
- 2) ТИН
- 3) гломерулонефрита
- 4) наследственного нефрита
- 5) амилоидоза

Ответ: 1

271. Гиперлипидемия наиболее характерна для

- 1) гематурической формы гломерулонефрита
- 2) пиелонефрита
- 3) ТИН
- 4) тубулопатии
- 5) нефротической формы гломерулонефрита

Ответ: 5

272. Выраженная фибриногенемия наблюдается при

- 1) нефротической форме гломерулонефрита
- 2) цистите
- 3) наследственном нефрите
- 4) дизметаболической нефропатии
- 5) пиелонефрите

Ответ: 1

273. Экскреция оксалатов, уратов определяется в

- 1) суточной моче
- 2) утренней порции
- 3) трехчасовой моче
- 4) из средней струи
- 5) всем перечисленном

Ответ: 1

274. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о нарушении обмена

- 1) кальция
- 2) щавелевой кислоты

3) фосфатов

4) пуринов

5) цистина

Ответ: 4

275. Гиперурикемия в детском возрасте может наблюдаться при

- 1) приеме цитостатиков
- 2) приеме мочегонных тиазидового ряда
- 3) подагре
- 4) приеме сульфаниламидов
- 5) всем перечисленном

Ответ: 5

276. Значительное повышение IgG в крови наблюдается при

- 1) пиелонефрите
- 2) системной красной волчанке
- 3) цистите
- 4) нефротической форме гломерулонефрита
- 5) ТИН

Ответ: 2

277. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет

- 1) 20-30 мл
- 2) 100 мл
- 3) 80 мл
- 4) 120 мл
- 5) 40-60 мл

Ответ: 1

278. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением

- 1) наличия рефлюксов
- 2) состояния уретры
- 3) функционального состояния почек
- 4) количества остаточной мочи
- 5) состояния детрузора

Ответ: 3

279. Показанием к проведению внутривенной урографии является все перечисленное, кроме

- 1) болей в животе неясной этиологии
- 2) стойкой лейкоцитурии
- 3) травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
- 4) острого периода гломерулонефрита
- 5) внезапно появившейся гематурии

Ответ: 4

280. Динамическая нефросцинтиграфия выявляет

- 1) очаги склероза в почках
- 2) функцию клубочков и пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 3) объем мочевого пузыря
- 4) функцию петли Генле
- 5) все перечисленное

Ответ: 4

281. При внезапно возникшей макрогематурии исследование начинают с

- 1) УЗИ мочевого системы
- 2) радионуклидного исследования почек
- 3) цистографии
- 4) ангиографии
- 5) компьютерной томографии

Ответ: 1

282. Противопоказанием к биопсии почки не является

- 1) единственная почка
- 2) поликистоз почек
- 3) туберкулез почек
- 4) гормонорезистентный гломерулонефрит
- 5) острый постстрептококковый гломерулонефрит

Ответ: 4

283. Более редкий клинический синдром гломерулонефрита

- 1) отечный
- 2) гипертензионный
- 3) мочевого
- 4) абдоминальный
- 5) олигурия

Ответ: 4

284. Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается

- 1) на 1-м году жизни
- 2) с 1 года до 2 лет
- 3) с 3 до 5 лет
- 4) в любом возрасте
- 5) после 8-10 лет

Ответ: 5

285. Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте:

- 1) до 1 года
- 2) с 1 года до 7 лет
- 3) в пубертатном возрасте
- 4) в любом возрасте
- 5) в 11-12 лет

Ответ: 2

286. Для нефротического синдрома характерны

- 1) значительная протеинурия, гипоальбуминемия
- 2) гиполипидемия
- 3) гипертония
- 4) гипофибриногенемия
- 5) гематурия

Ответ: 1

287. Для начала гломерулонефрита характерны

- 1) температурная реакция
- 2) абдоминальный синдром

- 3) олигурия
- 4) катаральные явления
- 5) дизурия

Ответ: 3

288. Не являются показателем активности гематурической формы гломерулонефрита

- 1) гематурия
- 2) гипертензия
- 3) олигурия
- 4) сердечные изменения
- 5) гиперкоагуляция

Ответ: 4

289. Лабораторные показатели активности при гематурической форме гломерулонефрита

- 1) увеличение СОЭ
- 2) гиперфибриногенемия
- 3) макрогематурия
- 4) С-реактивный белок
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

290. Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерны:

- 1) гематурия с протеинурией, артериальная гипертензия
- 2) изолированная протеинурия
- 3) абактериальная лейкоцитурия
- 4) длительно сохраняющаяся гематурия
- 5) лейкоцитурия, бактериурия

Ответ: 1

291. Для смешанной формы гломерулонефрита характерны

- 1) гипертензия
- 2) гематурия
- 3) протеинурии
- 4) абактериальная лейкоцитурия, дислипидемия
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

292. Не относится к ведущим синдромам нефротической формы гломерулонефрита

- 1) отечный
- 2) абдоминальный
- 3) протеинурия более 3 г/л
- 4) олигурия
- 5) гиперлипидемия

Ответ: 2

293. Не относится к показателям активности при нефротической форме гломерулонефрита

- 1) отечный синдром
- 2) олигурия
- 3) выраженная протеинурия
- 4) анемия
- 5) диспротеинемия

Ответ: 4

- 294.** Повышение активности ферментов в моче характерно для
- 1) гломерулонефрита
 - 2) хронического цистита
 - 3) острого цистита
 - 4) уретрита
 - 5) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

Ответ: 1

- 295.** Гипергаммаглобулинемия характерна для
- 1) Нефротической формы гломерулонефрита
 - 2) волчаночного нефрита
 - 3) смешанной формы гломерулонефрита
 - 4) острого нефрита
 - 5) ТИН

Ответ: 2

- 296.** Не свидетельствует об активности нефротической формы гломерулонефрита
- 1) гипоальбуминемия
 - 2) диспротеинемия
 - 3) гиперлипидемия
 - 4) снижение зубца Т на ЭКГ
 - 5) протеинурия

Ответ: 4

- 297.** Не свидетельствует об активности смешанной формы гломерулонефрита
- 1) протеинурия
 - 2) гематурия
 - 3) гиперкоагуляция
 - 4) анемия
 - 5) повышение АД

Ответ: 4

- 298.** Не является осложнением острого гломерулонефрита
- 1) почечная недостаточность
 - 2) гипертоническая энцефалопатия
 - 3) тромботические осложнения
 - 4) снижение слуха
 - 5) недостаточность кровообращения

Ответ: 4

- 299.** Частое осложнение гематурической формы гломерулонефрита
- 1) гипертоническая энцефалопатия
 - 2) отек легких
 - 3) кровотечение
 - 4) сердечная недостаточность
 - 5) абдоминальный криз

Ответ: 1

- 300.** Для гипертонической энцефалопатии характерны
- 1) сердечная недостаточность
 - 2) нарушение сердечного ритма
 - 3) судороги, потеря сознания

- 4) одышка, хрипы в легких
- 5) анасарка

Ответ: 3

- 301.** Ограничение соли не показано при
- 1) олигоанурии
 - 2) артериальной гипертензии
 - 3) отечном синдроме
 - 4) микропротеинурии
 - 5) остром гломерулонефрите

Ответ: 4

- 302.** Строгая диета показана при
- 1) острых проявлениях гломерулонефрита
 - 2) стихании активности процесса
 - 3) ремиссии гломерулонефрита
 - 4) любом из перечисленных периодов гломерулонефрита
 - 5) минимальном мочевом синдроме

Ответ: 1

- 303.** Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается при
- 1) постстрептококковом гломерулонефрите
 - 2) иммуносупрессивной терапии
 - 3) альтернирующем курсе преднизолона
 - 4) наличии хронических очагов инфекции
 - 5) активной глюкокортикоидной терапии

Ответ: 3

- 304.** Антибактериальная терапия при гломерулонефрите не включает
- 1) макролиды
 - 2) пенициллин
 - 3) защищенные пенициллины
 - 4) аминогликозиды
 - 5) цефалоспорины

Ответ: 4

- 305.** Капотен относится к
- 1) миотропным гипотензивным средствам
 - 2) бета-адреноблокаторам
 - 3) ганглиоблокаторам
 - 4) иАПФ
 - 5) альфа-адреноблокаторам

Ответ: 4

- 306.** К иАПФ относится
- 1) пропранолол
 - 2) апрессин
 - 3) дибазол
 - 4) эналаприл
 - 5) верапамил

Ответ: 4

- 307.** Показание к назначению глюкокортикоидов
- 1) нефротическая форма гломерулонефрита

- 2) гематурическая форма гломерулонефрита
- 3) пиелонефрит
- 4) дизметаболическая нефропатия
- 5) тубулопатии

Ответ: 1

308. Глюкокортикоиды

- 1) повышают содержание глюкозы в крови
- 2) увеличивают количество лимфоцитов в крови
- 3) увеличивают синтез белков
- 4) являются иммуностимуляторами
- 5) увеличивают количество эозинофилов в крови

Ответ: 1

309. При назначении антибиотиков при ИМП учитывается

- 1) pH мочи
- 2) функциональное состояние почек
- 3) нефротоксичность
- 4) характер микрофлоры мочи
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

310. При почечной недостаточности противопоказано назначение

- 1) кларитромицина
- 2) фторхинолонов
- 3) оксациллина
- 4) гентамицина
- 5) защищенных пенициллинов

Ответ: 4

311. Антикоагулянты не показаны при

- 1) остром гломерулонефрите
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) геморрагическом васкулите
- 4) болезни Верльгофа
- 5) гиперкоагуляции

Ответ: 4

312. Дезагрегационным свойством не обладает

- 1) эуфиллин
- 2) трентал
- 3) курантил
- 4) мезатон
- 5) тиклид

Ответ: 4

313. Для получения быстрого эффекта целесообразно применять диуретик

- 1) верошпирон
- 2) верошпирон в сочетании с гипотиазидом
- 3) лазикс
- 4) диакарб
- 5) триампур

Ответ: 3

314. Для гиперкалиемии не характерно наличие

- 1) глухости тонов сердца
- 2) брадикардии
- 3) парестезии
- 4) тахикардии
- 5) изменения зубца Т

Ответ: 4

315. Мальчику 6 лет, у которого отеки век, голеней, олигурия, целесообразно назначить стол

- 1) гипохлоридный
- 2) фруктово-сахарный
- 3) вегетарианский
- 4) без соли, мяса
- 5) с ограничением белка

Ответ: 4

316. В генезе острого ТИН имеет значение

- 1) бактериальное воспаление
- 2) абактериальное воспаление
- 3) аутоиммунный процесс
- 4) дисметаболические нарушения
- 5) все перечисленное

Ответ: 2

317. Причины развития ТИН

- 1) врожденные
- 2) наследственные
- 3) приобретенные
- 4) все перечисленное

Ответ: 4

318. ТИН может развиваться в результате

- 1) обменных нарушений
- 2) вирусной инфекции
- 3) грибковой инфекции
- 4) нарушения гемо- и уродинамики
- 5) все перечисленного

Ответ: 5

319. Анаболическим действием обладает

- 1) оротат калия
- 2) микофенолата мофетил
- 3) хлористый аммоний
- 4) ибупрофен
- 5) преднизолон

Ответ: 1

320. Остеопороз чаще возникает при назначении

- 1) пероральных кортикостероидов
- 2) антиконвульсантов
- 3) макролидов
- 4) ингаляционных кортикостероидов
- 5) мочегонных

Ответ: 1

321. Для диагностики ТИН исследуют все, кроме

- 1) обмена пуринов
- 2) тубулярной функции почек
- 3) морфологии почечной ткани
- 4) копрограммы
- 5) ферментурии

Ответ: 4

322. Лечение ТИН включает

- 1) диетотерапию
- 2) коррекцию обменных нарушений
- 3) назначение антиоксидантов
- 4) назначение средств, улучшающих почечную гемодинамику
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

323. К мембраностабилизаторам не относится

- 1) преднизолон
- 2) ксидифон
- 3) токоферол
- 4) азатиоприн
- 5) эссенциале

Ответ: 4

324. Нефропатия реже развивается при

- 1) системной красной волчанке
- 2) синдроме Вегенера
- 3) узелковом полиартериите
- 4) ожирении
- 5) пороках развития мочевой системы

Ответ: 4

325. Поражение почек реже наблюдается при

- 1) склеродермии
- 2) системной красной волчанке
- 3) геморрагическом васкулите
- 4) узелковом полиартериите
- 5) амилоидозе

Ответ: 1

326. Лейкопения наблюдается при

- 1) узелковом полиартериите
- 2) наследственном нефрите
- 3) волчаночном нефрите
- 4) дисметаболической нефропатии
- 5) гломерулонефрите

Ответ: 3

327. У ребенка 8 мес. рвота, T 39°C. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты 2-3 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз

- 1) нефротический синдром
- 2) острый ТИН
- 3) острый пиелонефрит
- 4) хронический цистит
- 5) острый цистит

Ответ: 3

328. Для диагностики ИМС меньшее значение имеет

- 1) общий анализ мочи
- 2) посев мочи на бактериурию
- 3) количественный анализ мочи
- 4) определение креатинина в крови
- 5) УЗИ почек и мочевого пузыря

Ответ: 4

329. Для цистита не характерно наличие

- 1) болей в поясничной области
- 2) поллакиурии
- 3) дизурии
- 4) болей над лонем
- 5) рези при мочеиспускании

Ответ: 1

330. При пиелонефрите обычно не нарушается функция

- 1) клубочков
- 2) собирательных трубочек
- 3) проксимальных канальцев
- 4) петли Генле
- 5) дистальных канальцев

Ответ: 1

331. Ведущий фактор развития хронического пиелонефрита

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) нарушение уродинамики
- 3) вирулентность микроба
- 4) иммунокомплексный процесс
- 5) метаболические нарушения

Ответ: 2

332. Не является причиной гипохромной анемии

- 1) дефицит железа
- 2) хронический инфекционный процесс
- 3) нарушение структуры цепей глобина
- 4) гемолиз
- 5) свинцовая интоксикация

Ответ: 4

333. К основным причинам дефицита железа не относится

- 1) алиментарный дефицит
- 2) нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
- 3) кровопотеря
- 4) синдром нарушенного всасывания
- 5) гемолиз

Ответ: 5

334. Не является причиной дефицита железа у новорожденного

- 1) дефицит железа у беременной
- 2) нарушение трансплацентарного пассажа железа
- 3) недоношенность
- 4) преждевременная перевязка пуповины
- 5) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

Ответ: 5

335. Не относится к причинам дефицита железа у беременной

- 1) частые беременности
- 2) длительная предшествующая лактация
- 3) обильные менструации
- 4) злоупотребление алкоголем
- 5) вегетарианство

Ответ: 4

336. Не относится к клиническим признакам дефицита железа у ребенка старше года

- 1) бледность слизистых оболочек
- 2) систолический шум на верхушке сердца
- 3) спленомегалия
- 4) дистрофические изменения кожи, волос, зубов
- 5) койлонихии

Ответ: 3

337. Гематологические признаки ЖДА

- 1) низкий цветной показатель
- 2) анизоцитоз и пойкилоцитоз
- 3) гипохромия эритроцитов
- 4) микроцитоз
- 5) все перечисленное

Ответ: 3

338. Продукт, из которого лучше усваивается железо

- 1) мясо
- 2) гречка
- 3) гранаты
- 4) рыба
- 5) яблоки

Ответ: 1

339. Правильная тактика применения препаратов железа

- 1) до нормализации гемоглобина
- 2) до нормализации уровня ферритина крови
- 3) до нормализации сывороточного железа
- 4) в течение двух недель
- 5) до исчезновения бледности кожных покровов

Ответ: 2

340. Для талассемии не характерно наличие

- 1) спленомегалии
- 2) гепатомегалии
- 3) пурпуры
- 4) кардиопатии
- 5) остеопороза

Ответ: 4

341. Признак, не характерный для талассемии

- 1) снижение сывороточного железа

- 2) повышение сывороточного железа
- 3) повышение fetalного гемоглобина
- 4) выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе
- 5) гипохромная анемия

Ответ: 1

342. Основной гематологический признак гемолиза

- 1) ретикулоцитоз
- 2) анемия
- 3) повышение СОЭ
- 4) тромбоцитоз
- 5) полицитемия

Ответ: 1

343. Нехарактерный признак начального периода гемобластозов

- 1) немотивированные подъемы температуры
- 2) оссалгии
- 3) деформация суставов
- 4) увеличение лимфоузлов
- 5) общая слабость

Ответ: 3

344. Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе

- 1) ретикулоцитопения
- 2) ретикулоцитоз
- 3) нейтропения
- 4) тромбоцитопения
- 5) анемия

Ответ: 2

345. Для верификации диагноза «острый лейкоз» наиболее достоверным является

- 1) анализ периферической крови
- 2) миелограмма
- 3) биохимическое исследование крови
- 4) исследование кариотипа
- 5) определение уровня ферритина крови

Ответ: 2

346. Правильная тактика ведения после постановки диагноза «острый лейкоз»

- 1) госпитализация в специализированное гематологическое отделение
- 2) госпитализация в соматическое отделение
- 3) амбулаторное лечение
- 4) консультация гематолога
- 5) консультация онколога

Ответ: 1

347. Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме

- 1) температурная реакция с ознобом
- 2) общая слабость
- 3) кожный зуд

- 4) кровоточивость
- 5) потливость

Ответ: 3

348. Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах лимфогранулематоза

- 1) анемия
- 2) повышение СОЭ
- 3) умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) тромбоцитопения
- 5) изменения отсутствуют

Ответ: 4

349. Основная причина развития болезней накопления

- 1) врожденная энзимопатия
- 2) хроническое воспаление
- 3) злокачественная пролиферация
- 4) приобретенная энзимопатия
- 5) иммунодефицит

Ответ: 1

350. ДВС-синдром новорожденного реже вызывается

- 1) сепсисом
- 2) вмешательством на сосудах пуповины
- 3) очаговой гнойной инфекцией
- 4) нарушением становления микрофлоры
- 5) госпитальной пневмонией

Ответ: 4

351. Не способствует развитию ДВС-синдрома

- 1) повышение вязкости крови
- 2) понижение вязкости крови
- 3) понижение скорости кровотока
- 4) микроангиоспазм, венозный застой
- 5) лихорадка

Ответ: 4

352. Наличие ДВС-синдрома не подтверждает

- 1) СОЭ
- 2) этаноловый тест
- 3) протамин-сульфатный тест
- 4) определение МНО
- 5) гемоглобин

Ответ: 1

353. При гемофилии наиболее информативно исследование

- 1) плазменных факторов свертывания
- 2) времени кровотечения
- 3) времени свертывания
- 4) уровня тромбоцитов
- 5) гемоглобина

Ответ: 1

354. При гемофилии А следует вводить

- 1) прямое переливание крови от матери
- 2) концентрат VIII фактора
- 3) тромбомассу

- 4) неосеван
- 5) ЭМОЛТ

Ответ: 2

355. При астматическом статусе назначается

- 1) эуфиллин внутривенно
- 2) оксигенотерапия
- 3) инфузионная терапия
- 4) системные кортикостероиды
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

356. При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается

- 1) дисфония
- 2) грубый лающий кашель
- 3) втяжение уступчивых мест грудной клетки
- 4) удлинение выдоха
- 5) дыхательная недостаточность

Ответ: 4

357. При лечении больных с подскладочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение

- 1) диуретиков
- 2) глюкокортикостероидов
- 3) симпатомиметиков
- 4) пароксислородных ингаляций
- 5) ингаляционных бета-2-агонистов

Ответ: 2

358. Ребенка направляют первый раз к стоматологу

- 1) в возрасте 1 мес
- 2) к моменту прорезывания первых зубов
- 3) при выявлении факторов риска
- 4) при выявлении разрушения зубов
- 5) при выраженном рахите

Ответ: 1

359. Не характерно для врожденного первичного гипотиреоза наличие

- 1) задержки психомоторного развития
- 2) затянувшейся желтухи новорожденных
- 3) сухости кожи
- 4) диареи
- 5) запоров

Ответ: 4

360. Не характерно для больного сахарным диабетом наличие

- 1) жажды
- 2) учащенного мочеиспускания
- 3) похудания
- 4) плаксивости
- 5) полифагии

Ответ: 4

361. При сольтертяющей форме АГС характерны

- 1) вялость
- 2) мышечная гипотония
- 3) жидкий стул
- 4) рвота
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

362. Не наблюдается у больных с врожденным первичным гипотиреозом

- 1) снижение вольтажа на ЭКГ
- 2) повышенный уровень ТТГ
- 3) сниженный уровень Т₃, Т₄
- 4) высокий уровень гормона роста
- 5) гиперхолестеринемия

Ответ: 4

363. Не характерно для больного сахарным диабетом наличие

- 1) жажды
- 2) полиурии
- 3) экзофтальма
- 4) расчесов на коже
- 5) сухости кожи

Ответ: 2

364. При сольтертяющей форме АГС характерны

- 1) гипонатриемия
- 2) гиперкалиемия
- 3) высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
- 4) дегидратация
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

365. Не наблюдается при врожденном нелеченном первичном гипотиреозе

- 1) полиурия
- 2) пастозность тканей
- 3) крупный язык
- 4) сухость кожи
- 5) грубый голос

Ответ: 1

366. Неотложные мероприятия при сольтертяющей форме АГС

- 1) в/м гидрокортизон каждые 6-8 ч
- 2) введение физиологического раствора NaCl
- 3) ДОКСа в/м 1-2 раза в сут
- 4) введение всех перечисленных препаратов

Ответ: 4

367. При осложнении гипогликемией сахарного диабета I типа не следует вводить

- 1) 10% р-р глюкозы в/в
- 2) п/к 0,5-1,0 мл адреналина
- 3) глюкагон
- 4) инсулин
- 5) назначать диету с ограничением жира

Ответ: 4

368. У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. АД 140/80 мм рт.ст. Предварительный диагноз

- 1) конституционально-экзогенное ожирение
- 2) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- 3) церебральное ожирение
- 4) вегетодистония
- 5) вазоренальная гипертензия

Ответ: 2

369. Не патогномонично для подтверждения диагноза «сахарный диабет» наличие

- 1) гипербилирубинемии
- 2) гипергликемии
- 3) глюкозурии
- 4) ацетона в моче
- 5) полиурии

Ответ: 1

370. Не относится к признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидонемическая кома»

- 1) бессознательное состояние
- 2) шумное дыхание Куссмауля
- 3) сухая кожа
- 4) обилие хрипов в легких
- 5) мягкие глазные яблоки

Ответ: 4

371. Девочка 10 лет страдает ожирением II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Предварительный диагноз

- 1) конституционально-экзогенное ожирение
- 2) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- 3) церебральное ожирение
- 4) синдром Лоуренса – Муна - Бидля
- 5) болезнь Иценко - Кушинга

Ответ: 1

372. Не характерно для хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наличие

- 1) гиперпигментации кожи
- 2) желтушности кожи
- 3) похудания
- 4) общей слабости
- 5) гипотонии

Ответ: 2

373. Острый аппендицит и абдоминальный синдром у больного с кетоацидотической

прекомой сахарного диабета различаются наличием:

- 1) глюкозурии
- 2) лейкоцитоза
- 3) ацетонурии
- 4) гипергликемии
- 5) ацидоза

Ответ: 2

374. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается

- 1) тремор рук
- 2) судороги
- 3) повышенный аппетит
- 4) гиперпигментация кожи
- 5) желтушность кожи

Ответ: 4

375. У девочки 12 лет задержка роста, множественные стигмы, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Предварительный диагноз

- 1) церебрально-гипофизарный нанизм
- 2) болезнь Дауна
- 3) синдром Шерешевского – Тернера
- 4) конституциональная задержка полового и физического развития
- 5) синдром Альпорта

Ответ: 3

376. Угасание реакции опоры и автоматической походки у ребенка 3 мес. жизни свидетельствует о

- 1) стойком церебральном дефекте
- 2) правильном двигательном развитии
- 3) поражении спинного мозга
- 4) проградцентном заболевании
- 5) рахите

Ответ: 2

377. Для опухолей головного мозга характерны

- 1) рвота после еды
- 2) рвота натощак, головная боль, особенно утром
- 3) менингеальные симптомы
- 4) головная боль, облегчающаяся после рвоты
- 5) гиперкинезы

Ответ: 2

378. Здоровый ребенок начинает поворачиваться со спины на живот и сидеть при поддержке за руку в возрасте

- 1) 4-5 мес
- 2) 6-7 мес
- 3) 3-4 мес
- 4) 5-6 мес
- 5) 8-9 мес

Ответ: 1

379. При гнойных менингитах чаще наблюдаются

- 1) многократная рвота
- 2) подъем температуры, озноб, головная боль, рвота
- 3) беспокойство, сменяющееся вялостью, гиперестезия
- 4) косоглазие, нистагм, аритмия дыхания, коллапс
- 5) гиперкинезы

Ответ: 2

380. Частое поражение нервной системы при системной красной волчанке

- 1) менингит
- 2) полирадикулоневрит
- 3) энцефаломиелит
- 4) менингоэнцефалит
- 5) параличи

Ответ: 3

381. Вегетативная дистония может быть следствием

- 1) невроза
- 2) резидуальной перинатальной патологии
- 3) конституциональной особенности
- 4) соматической патологии
- 5) всего перечисленного

Ответ: 5

382. Рвота при пилоростенозе характеризуется

- 1) скудным срыгиванием
- 2) рвотой, по объему меньшей, чем ребенок высосал за 1 раз
- 3) обильным срыгиванием
- 4) рвотой «фонтаном»
- 5) срыгиванием после каждого кормления

Ответ: 4

383. Пилоростеноз дифференцируют с

- 1) нарушением нормального вращения кишечника
- 2) внутренней ущемленной грыжей
- 3) инвагинацией
- 4) сольтеряющей формой АГС
- 5) всем перечисленным

Ответ: 5

384. Воронкообразная деформация грудной клетки часто сочетается с

- 1) гематурией
- 2) синдромом Альпорта
- 3) тубулопатией
- 4) нарушением сердечного ритма
- 5) пиелонефритом

Ответ: 4

385. Проявления болезни Шлаттера

- 1) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
- 2) деструкция головок II и III плюсневых костей
- 3) наличие зоны рассасывания диафиза плюсневой кости
- 4) патологическое костеобразование в области внутреннего мыщелка бедра
- 5) асептический некроз головки бедренной кости

Ответ: 1

386. При паховой грыже оперативное вмешательство рекомендуется

- 1) по установлению диагноза
- 2) в 6-12 мес
- 3) в 2 года
- 4) в 1 год
- 5) в 5 лет

Ответ: 2

387. Для острого аппендицита характерно наличие

- 1) лихорадки 39°C в первый день болезни
- 2) кратковременной потери сознания
- 3) напряжения мышц в правой подвздошной области во время сна
- 4) головной боли
- 5) беспокойства

Ответ: 3

388. Не характерно для острого аппендицита наличие

- 1) «расхождения» частоты пульса и температуры (Т 37,6°C, пульс 130 в мин)
- 2) головной боли
- 3) температуры в первые часы болезни невысокая, повышение по мере прогрессирования болезни
- 4) напряжение мышц и боль в правой подвздошной области отчетливо выявляется во время сна
- 5) рвоты

Ответ: 2

389. Инвагинация чаще встречается в возрасте

- 1) до 2 лет
- 2) у новорожденных
- 3) в школьном возрасте
- 4) у подростков
- 5) до 7 лет

Ответ: 1

390. Симптом пальпируемой опухоли в животе у новорожденного ребенка редко обусловлен

- 1) опухолью Вильмса
- 2) гидронефрозом
- 3) поликистозом почек
- 4) тромбозом почечной вены

- 5) инфравезикальной обструкцией

Ответ: 4

391. Не характерно для остеомиелита наличие

- 1) выраженной интоксикации
- 2) нормальной температуры
- 3) сильных ночных болей в пораженной конечности
- 4) значительного отека над местом поражения
- 5) лейкоцитоза

Ответ: 2

392. Мальчику 6 лет, госпитализированному с сильными приступообразными болями в животе (моча красного цвета), необходимо провести

- 1) анализ крови клинический
- 2) обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
- 3) исследование коагулограммы
- 4) цистографию
- 5) реносцинтиграфию

Ответ: 2

393. Лечить косоплапость необходимо с возраста

- 1) 6 мес.
- 2) 1 года
- 3) с первых дней жизни
- 4) 3 лет
- 5) 5 лет

Ответ: 3

394. При остеомиелите рентгенологические изменения выявляются

- 1) с первого дня болезни
- 2) после 12-14 дня болезни
- 3) к концу недели заболевания
- 4) со 2-3 дня
- 5) к концу месяца

Ответ: 2

395. Симптом, требующий немедленной госпитализации ребенка в хирургический стационар

- 1) повторная рвота
- 2) жидкий стул повторно
- 3) напряжение мышц живота
- 4) температура 38°C
- 5) обморок

Ответ: 3

396. Ребенок 6 лет поступил с диагнозом «кишечная инфекция»: второй день болит живот, Т 38°C, 2 раза рвота, 3 раза жидкий стул. Для дежурного педиатра наибольшее диагностическое значение имеет

- 1) клинический анализ крови
- 2) биохимический анализ крови

- 3) пальпация живота во время сна ребенка для выявления болезненности и напряжения мышц
- 4) обзорная рентгенография живота
- 5) анализ мочи по Нечипоренко

Ответ: 3

397. У ребенка с наследственным нефритом может наблюдаться

- 1) катаракта
- 2) миопия
- 3) астигматизм
- 4) нарушение слуха
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

398. Конъюнктивит может наблюдаться при

- 1) системной красной волчанке
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) кори
- 4) иерсиниозе
- 5) всех перечисленных состояниях

Ответ: 5

399. Конъюнктивита не бывает при

- 1) системной красной волчанке
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) иерсиниозе
- 4) синдроме Рейтера
- 5) ревматизме

Ответ: 5

400. Чаще поражаются глаза при

- 1) склеродермии
- 2) ревматизме
- 3) ювенильном ревматоидном артрите
- 4) реактивном артрите
- 5) дерматомиозите

Ответ: 3

401. В синдром Рейтера не входит:

- 1) конъюнктивит
- 2) катаракта
- 3) уретрит
- 4) артрит
- 5) лейкоцитурия

Ответ: 2

402. Не являются клиническим признаком острой крапивницы

- 1) волдыри
- 2) кожный зуд
- 3) боли в животе
- 4) артралгии
- 5) бляшки с перламутровыми чешуйками

Ответ: 5

403. Проявления атопического дерматита чаще всего начинаются

- 1) с рождения
- 2) в первые три месяца жизни

- 3) после года
- 4) в дошкольном возрасте
- 5) в школьном возрасте

Ответ: 2

404. К симптомам атопического дерматита не относится

- 1) зуд
- 2) эритематозно-сквамозные очаги с лихенизацией
- 3) эритематозно-сквамозные очаги с экзематизацией
- 4) диарея
- 5) мокнутие

Ответ: 4

405. Клиническим признаком узловой эритемы не является

- 1) симметрично расположенные, болезненные узлы в подкожной клетчатке вишнево-красного цвета
- 2) зуд
- 3) повышение температуры тела
- 4) симптом интоксикации
- 5) пигментация

Ответ: 2

406. Клиническими признаками простого ихтиоза не являются

- 1) сухость кожи
- 2) крупно- и среднепластинчатое шелушение
- 3) дистрофия ногтей
- 4) пустулезные элементы
- 5) выпадение волос

Ответ: 4

407. Клиническим признаком ограниченной склеродермии не является

- 1) отечное пятно красно-фиолетового цвета
- 2) уплотнения, индурация кожи в месте поражения
- 3) дистрофия кожи
- 4) зуд
- 5) атрофия кожи

Ответ: 4

408. Для сифилиса у ребенка грудного возраста не характерно наличие

- 1) кожных сыпей
- 2) трещин кожи вокруг рта с последующим образованием рубцов
- 3) эндомиокардита
- 4) слизисто-гнойного ринита
- 5) поражения костей

Ответ: 3

409. При сифилисе у детей редко встречается поражение

- 1) печени

- 2) легких
- 3) сердца
- 4) лимфоузлов
- 5) почек

Ответ: 3

410. Клинический симптом, наиболее рано появляющийся при острой лучевой болезни

- 1) тошнота и рвота
- 2) лейкопения
- 3) эритема кожи
- 4) выпадение волос
- 5) жидкий стул

Ответ: 1

411. При острой лучевой болезни раньше всего уменьшается содержание

- 1) эритроцитов
- 2) лейкоцитов
- 3) нейтрофилов
- 4) лимфоцитов
- 5) тромбоцитов

Ответ: 4

412. Максимальный уровень общей заболеваемости детей в РФ регистрируется в возрасте

- 1) до 1 года
- 2) 1-2 года
- 3) 3-4 года
- 4) 5-6 лет
- 5) 7-9 лет

Ответ: 3

413. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей
- 4) четвертой
- 5) пятой

Ответ: 4

414. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей
- 4) четвертой
- 5) пятой

Ответ: 3

415. В расширенную программу иммунизации не включены прививки против

- 1) малярии
- 2) кори
- 3) полиомиелита
- 4) дифтерии
- 5) коклюша

Ответ: 1

416. У подростков для оценки физического развития следует учитывать

- 1) возраст в годах
- 2) длину тела в см
- 3) массу тела в кг
- 4) пол
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

417. Первое пубертатное изменение у мальчиков

- 1) увеличение щитовидного хряща
- 2) оволосение лобка
- 3) мутация голоса
- 4) оволосение лица
- 5) оволосение подмышечных впадин

Ответ: 3

418. Средняя длительность полового созревания

- 1) 3 года
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет
- 5) 11 лет

Ответ: 2

419. Характер мокроты на ранних стадиях хронического бронхита:

- 1) скудная слизистая
- 2) слизисто-гнойная
- 3) гнойная
- 4) гнойная с прожилками крови
- 5) все перечисленное

Ответ: 1

420. Характерный аускультативный признак поражения бронхов среднего калибра при хроническом бронхите

- 1) сухие свистящие хрипы
- 2) сухие жужжащие хрипы
- 3) среднепузырчатые влажные хрипы
- 4) крепитация
- 5) резко ослабленное везикулярное дыхание

Ответ: 3

421. Клинические проявления острой долевой пневмонии

- 1) лихорадка
- 2) кашель
- 3) выделение мокроты
- 4) боли в грудной клетке
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

422. Основные клинические признаки экссудативного плеврита

- 1) притупление перкуторного звука
- 2) ослабление дыхания
- 3) ограничение экскурсии диафрагмы
- 4) смещение органов средостения
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

423. При какой температуре можно проводить закаливание детей в помещении

- 1) 16-18°
- 2) 18-20°
- 3) 20-22°
- 4) 22-24°
- 5) не проводят вообще

Ответ: 2

424. Непредотвратимые причины потери здоровья

- 1) болезни органов дыхания
- 2) врожденные аномалии развития
- 3) болезни органов пищеварения
- 4) травмы, отравления
- 5) несчастные случаи

Ответ: 2

425. Инвалидность в детском возрасте устанавливается на основании

- 1) обусловившего заболевания
- 2) главного нарушения в состоянии здоровья
- 3) ведущего ограничения жизнедеятельности
- 4) 1, 2, 3
- 5) 1, 2

Ответ: 4

426. Методы изучения заболеваемости все, кроме

- 1) по причинам смерти
- 2) по обращаемости
- 3) по данным переписи населения
- 4) по данным медицинских осмотров
- 5) 2, 4

Ответ: 3

427. Первичная профилактика направлена на

- 1) сохранение и развитие условий, способствующих здоровью
- 2) предупреждение неблагоприятного влияния факторов внешней среды и условий жизни на отдельного человека, группу лиц и населения в целом
- 3) 1, 2
- 4) возможно раннее выявление отклонений в жизнедеятельности организма
- 5) все перечисленное верно

Ответ: 2

428. Гарантированная медицинская помощь по ОМС включает

- 1) медицинскую помощь при состоянии, угрожающем жизни больного
- 2) лечение и диагностику больных с острым состоянием
- 3) профосмотры и диспансеризацию взрослого населения
- 4) все перечисленное верно
- 5) 1, 2

Ответ: 5

429. Система охраны материнства и детства включает

- 1) антенатальную охрану плода
- 2) интранатальную охрану плода
- 3) лечебно-профилактическую помощь женщине до наступления беременности
- 4) охрану здоровья детей от рождения до 18 лет
- 5) все перечисленное

Ответ: 5

430. Возраст, с которого, согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан», ребенок имеет право на добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства

- 1) до 18 лет не имеет такого права
- 2) с 15 лет
- 3) с 14 лет
- 4) с 12 лет
- 5) с 10 лет

Ответ: 2

431. Демографическая политика – это совокупность мероприятий, направленных на

- 1) повышение рождаемости
- 2) стабилизацию рождаемости
- 3) оптимизацию показателей естественного прироста населения
- 4) снижение смертности
- 5) все вышеперечисленное

Ответ: 3

432. Наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении

- 1) развитие первичной медико-санитарной помощи
- 2) развитие сети диспансеров
- 3) повышение роли стационаров
- 4) повышение роли санаторно-курортной помощи
- 5) развитие стационаров

Ответ: 1

433. Полномочия органов местного самоуправления районов и городских округов в области охраны здоровья населения

- 1) определение характера и объема деятельности учреждений муниципальной системы здравоохранения
- 2) организация первичной и скорой медицинской помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после них
- 3) создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения населения
- 4) информирование населения, включая СМИ, о распространении заболеваний, представляющих опасность для окружающих
- 5) все вышеперечисленное

Ответ: 5

434. Ответственность врача за разглашение врачебной тайны

- 1) административная, уголовная, гражданско-правовая
- 2) административная, дисциплинарная, уголовная
- 3) уголовная, гражданско-правовая, административная

- 4) гражданско-правовую, уголовную
- 5) административная, гражданско-правовая

Ответ: 1

435. В каких случаях и с какой целью не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

- 1) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
- 2) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
- 3) по просьбе родственников (родителей или детей), законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей, законных представителей
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий

Ответ: 3

Клинические задачи для текущего контроля знаний

НЕОНАТОЛОГИЯ

Задача 1

Девочка Р., 5 дней, от 1-й, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине беременности, срочные роды. Масса при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела – 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: Hb – 186 г/л, эр. – $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 42%, эоз. – 1%, лимф. – 45%, мон. – 7%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кисл., отн. пл. – 1004, белок – нет, эпителий – много, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – 4-5 в п. зр., цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й – 51 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

Задача 2

Врачу передан первичный патронаж новорожденного ребенка. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность 1-я, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов. Масса тела – 3690 г, длина – 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка 0(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на второй день жизни: непрямо́й – 280 мкмоль/л, прямо́й – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса – отрицательная.

Лечение: фототерапия, урсофальк, бифидумбактерин, оксигенотерапия, викасол однократно. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм смесью «Нутрилон ГА». Выписан из роддома на седьмые сутки с потерей массы 350 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает смесью «Нутрилон ГА». Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная рана под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок – 3,5×3,5 см, не выбухает. Малый родничок – 1×1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень – +1,5 см, селезенка – у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Задание

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Укажите факторы и группы риска, их направленность.

Задача 3

Доношенный мальчик, от женщины 32 лет, 1-х срочных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Эпидуральная анестезия. Масса тела при рождении – 3490 г, длина – 52 см, окружность головы – 35 см. При рождении: весь кожный покров покрыт густой вязкой однородной белой субстанцией, окраска кожи цианотичная. Через 10 с после рождения появился тонус мышц, поза полуфлексии, покашлял и закричал, кожные покровы порозовели, акроцианоз, ЧСС – 128 в мин, дыхание регулярное, 48 в мин, единичные крепитирующие хрипы по всем полям. Через 5 мин поза флексии, тонус мышц удовлетворительный, кожа полностью розовая, отмечается родовая опухоль и подкожная гематома теменно-затылочной области.

Через 12 ч после рождения состояние удовлетворительное. Рефлексы орального автоматизма живые, ладонно-ротовой +, хватательный +, Моро +. Ребенок на грудном вскармливании, сосет охотно, крик эмоциональный, кожа ярко-розовая, чистая, в легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 48 в мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 130 в мин, короткий систолический шум на верхушке, в 5 точке. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги, стул вязкий однородный черно-зеленый, мочи нет.

Клинический анализ крови: Нб – 180 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $12 \times 10^9/л$, с/я – 60%, п/я – 9%, лимф. – 23%, эоз. – 2%, мон. – 6%, тромб. – $260 \times 10^9/л$, СОЭ – 3 мм/ч.

КОС: рН – 7,30, рО₂ – 48 мм рт. ст., рСО₂ – 44 мм рт. ст., ВЕ – 2,8, сатурация – 95%, уровень лактата – 2,2, глюкозы – 4,3, ионизированного кальция – 0,95.

Задание

1. Оцените ребенка по шкале Апгар.
2. Укажите вероятную причину систолического шума.
3. Почему отсутствует моча? Предложите тактику ведения.
4. С чем связаны изменения стула?
5. Укажите причину крепитирующих хрипов в легких? Нужна ли рентгенограмма грудной клетки.
6. Оцените результаты анализов.

Задача 4

Девочка первых суток жизни родилась у матери, страдающей митральным стенозом, гипертонической болезнью. В I триместре беременности неоднократно отмечалось значительное повышение артериального давления, перенесла ОРВИ. По поводу фетоплацентарной недостаточности лечилась стационарно. Роды на 38-й неделе гестации в головном предлежании, масса при рождении – 2800 г, длина – 47 см. По шкале Апгар оценена в 6/7 баллов. При осмотре кожные покровы бледно-розовые, цианоз носогубного треугольника, сухие, отчетливо на кистях и стопах, с шелушением, обильный лануго, стопы исчерчены на одну треть, диаметр ореола соска 2 мм. Поза полуфлексии, полная пяточная стопа. Рефлексы Бабкина, опоры, автоматической походки не вызываются. Сосет вяло, срыгивает небольшим количеством, отмечается симптом Грефе. Сердечные тоны несколько

приглушены, ритмичные. В легких отчетливое пуэрильное дыхание. Живот мягкий. Печень – +2 см. Селезенка не пальпируется. Стул – меконий, не мочилась.

Задание

1. Оцените массо-ростовые показатели.
2. Сформулируйте неврологический диагноз.
3. Какова причина развития данного заболевания?

Задача 5

Недоношенный мальчик, 1 месяц, поступил в отделение этапа выхаживания. Из анамнеза известно, что ребенок родился на 24-й неделе гестации от матери с тяжелым гестозом путем операции кесарева сечения. При рождении масса тела – 620 г, длина – 35 см, окружность головы – 30 см, окружность груди – 27 см. С рождения по 27-е сутки жизни находился на ИВЛ, затем на СРАР. Без респираторной поддержки обходится со вчерашнего дня. В реанимации эндотрахеально вводился сурфактант, получал лечение по поводу внутриутробной пневмонии; на 5-е сутки жизни появился судорожный синдром, купирован назначением конвулекса. С 21-го дня жизни началось увеличение большого родничка совместно с быстрым ростом окружности головы. На день перевода усваивает по 10 мл материнского молока, кормление получает 8 раз в день через зонд.

При переводе масса тела составляет 700 г, состояние тяжелое за счет признаков дыхательной недостаточности, при аускультации над легкими выслушивается большое количество крепитирующих хрипов. Над областью сердца – систолический шум с *punctum max.* в 5 точке. Живот вздут, мягкий, безболезненный, петли кишечника растянуты газом. Стул самостоятельный, с зеленью. Мочится свободно.

Задание

1. Какие осложнения длительной ИВЛ можно ожидать у этого ребенка?
А – бронхолегочная дисплазия;
Б – хроническая болезнь легких;
В – фиброзирующий альвеолит;
Г – хроническая эмфизема.
2. Что необходимо предпринять для профилактики апноэ?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и прогноза?
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Нуждается ли ребенок в дальнейшем пребывании в кювезе?
6. Какое приспособление целесообразно применять при укладке недоношенного с ЭНМТ в кювез?

Задача 6

Ребенок 37 суток жизни, родившийся у женщины 18 лет, страдающей астеноневротическим синдромом с дефицитом массы тела, курящей в течение всей беременности. Беременность протекала с анемией во II-III триместрах. Роды 1-е, преждевременные на 32-й неделе гестации, в головном предлежании. Масса тела при рождении – 1600 г, длина – 41 см, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. При рождении состояние тяжелое, за счет выраженных симптомов дыхательной недостаточности, развившейся на фоне респираторного дистресс-синдрома, синдрома угнетения ЦНС. С первого часа жизни ребенок находился на СРАР, получал инфузионную и антибактериальную терапию. Энтеральное кормление начато с первых суток жизни. Симптомы дыхательной недостаточности купировались, симптомы угнетения ЦНС были без нарастания, и ребенок был переведен на II этап выхаживания. В возрасте 28 дней у ребенка появилась бледность кожных покровов, стал прогрессировать синдром угнетения ЦНС, отмечались кратковременные приступы апноэ (других симптомов дыхательной недостаточности не наблюдалось), систолический шум над всей поверхностью сердца усилился, однако нарастания симптомов сердечно-сосудистой недостаточности не наблюдалось.

Клинический анализ крови: Нв – 75 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретик. – 2%, Нт – 28, MCV – 90 (N – 80-94), MCH – 32 (N – 27-31), MCHC – 33 (N – 32-36), лейкоц. $9,6 \times 10^9$ /л (N – $7,6-12,4 \times 10^9$ /л), с/я – 32%, п/я – 1%, лимф. – 55%, эоз. – 5%, мон. – 7%, тромб. – 260×10^9 /л, СОЭ – 5 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие препараты патогенетически обоснованы при данном заболевании?
3. Показано ли переливание эритроцитарной массы? По какой формуле производится расчет необходимого объема эритроцитарной массы?

Задача 7

Ребенок первых суток жизни находится в детском отделении роддома. Родился у женщины 23 лет, имеющей III(B) Rh – отрицательную группу крови; от II беременности (1-я беременность закончилась два года назад медицинским абортom при гестационном сроке 8 недель), протекавшей с токсикозом в 1-й половине и тяжелым гестозом во 2-й половине. Роды 1-е, срочные, самостоятельные (1-й период – 14 ч, 2-й период – 30 мин, безводный промежуток 4 ч, околоплодные воды желтушной окраски). Масса при рождении – 2800 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 6/6. При рождении отмечена отчетливая бледно-желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус снижен, дистоничен. Физиологические рефлексы быстро истощаются. ЧСС – 170 в 1 мин. Аускультативно сердечные тоны умеренно звучны, чистые, ЧД – 44 в 1 мин. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий. Пальпаторно определяется край печени на 3,5 см ниже реберной дуги и селезенки до 1,5 см. Стул – меконий.

По cito определен билирубин пуповинной крови – 120 мкмоль/л. Уровень Нв в периферической крови составил 110 г/л. Биохимический анализ крови ребенка в возрасте 2 ч – уровень непрямого билирубина составил 200 мкмоль/л.

Задание

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном клиническом случае?
2. Необходимый спектр лабораторно-инструментальной диагностики.
3. Опишите тактику лечения данного заболевания.

Задача 8

Девочка 3 дней жизни. Родилась у женщины, страдающей энтеропатией. Беременность протекала с тяжелым гестозом. Роды на 38-й неделе гестации, масса – 2700 г, длина – 46 см. Оценка по шкале Апгар – 4/7 баллов. К груди приложена на вторые сутки жизни. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены симптомы возбуждения ЦНС – тремор конечностей, подбородка, спонтанный рефлекс Моро, склонность к мышечной гипертонии. На вторые сутки жизни отмечалась двукратная рвота с примесью крови. Кожные покровы бледно-розовые, уменьшен диаметр ореола сосков, большие половые губы не прикрывают малые, стопы исчерчены на одну треть, обильное лануго (на 2/3 спины). Сердечные тоны умеренно звучные. Дыхание пуэрильное. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул переходный.

Клинический анализ крови: Нв – 170 г/л, эр. – $5,0 \times 10^{12}$ /л; тромб. – 400×10^9 /л, лейкоц. – 15×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 50%, лимф. – 37%, мон. – 9%, СОЭ – 5 мм/ч; время свертывания: 7 мин (N – 2-4 мин); время кровотечения: 3,5 мин (N – 3-4 мин), тромбиновое время – 14 с (N – 10-16 с), АЧТВ – 88 с (N – 45-60 с), фибриноген – 2,5 г/л (N – 1,5-3,0 г/л), продукты деградации фибрина (ПДФ) – 2 мг/мл (N – 0-7 мг/мл), протромбиновое время – 32 с (N – 13-16 с).

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обозначьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 9

Ребенок, 14 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Ребенок от матери, страдающей хроническим пиелонефритом и гипертонической болезнью. Беременность протекала с угрозой прерывания и обострением пиелонефрита, по поводу чего получала антибактериальную терапию. Роды на 38-й неделе гестации, масса – 2650 г, длина – 46 см. При осмотре кожные покровы желтушного цвета до II степени с обширными кожными экхимозами на ягодицах, кистях и стопах. Ребенок вялый, срыгивает, тонус снижен с тенденцией к дистонии. Рефлексы Бабкина, ползания, опоры и автоматической походки не вызываются. Сердечные тоны приглушены. Дыхание пуэрильное. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Стул близок ахоличному. Моча темная. Отмечались кровотечения из мест инъекций.

Общий анализ крови: Hb – 155 г/л, эр. – $5,5 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 320×10^9 /л, лейкоц. – 10×10^9 /л, п/я – 5,5%, с/я – 30%, лимф. – 47%; мон. – 8%. Время свертывания: 7 мин (N – 2-4 мин), время кровотечения: 3 мин (N – 3-4 мин), тромбиновое время – 14 с (N – 10-16 с), АЧТВ – 90 с (N – 45-60 с), фибриноген – 3,0 г/л (N – 1,5-3,0 г/л), ПДФ – 4 мг/мл (N – 0-7 мг/мл).

Биохимический анализ крови: белок – 60 г/л, общий билирубин – 150 мкмоль/л, непрямой билирубин – 100 мкмоль/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – 200 Ед/л, ЛДГ – 1800 Ед/л, холестерин – 4,5 ммоль/л.

Исследование кала на дисбиоз: увеличено количество гемолизирующей кишечной палочки, бифидум- и лактобактерий нет.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обозначьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 10

Девочка, 7 суток, находится в отделении патологии новорожденных. Ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности (1-я закончилась медицинским абортom на сроке 15 недель), от 23-летней матери со II группой крови, с отрицательным резусом. Роды срочные, самостоятельные на 39-й неделе. Состояние ребенка при рождении удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Кожные покровы чистые, розовые. Масса – 3400 г, длина – 52 см. К концу 12-го часа жизни начала нарастать иктеричность кожных покровов, отмечалось некоторое нарастание симптомов угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 4-е сутки жизни проведена фототерапия на фоне инфузионной терапии. На 9-е сутки жизни: кожные покровы интенсивно прокрашены, с оливковым оттенком. Отмечается мышечная гипотония на фоне снижения физиологических рефлексов новорожденных. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно на симметричные участки, хрипы не аускультуются. Тоны сердца ритмичны, громкие. Живот доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, а селезенка – на 1,5 см. Диурез адекватный. Моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка – A(II), Rh+.

Общий анализ крови: Hb – 155 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$, ретик. – 7%, лейкоц. – 12×10^9 /л, п/я – 6%, с/я – 49%, эоз. – 1, лимф. – 36%, мон. – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 53,6 г/л, билирубин общий – 335 мкмоль/л, прямой – 37 мкмоль/л, холестерин – 7,0 ммоль/л, АсАТ – 65 Ед/л, АлАТ – 71 Ед/л.

Задание

1. Какое заболевание можно предположить в данном случае?
2. Какие еще исследования необходимо провести для диагностики заболевания?
3. Ваши предложения по лечению ребенка.
4. Прогноз заболевания.

Задача 11

Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3-й беременности (1-я – мертворождение на сроке 26 недель, 2-я – замершая беременность на сроке 11 недель), протекавшей с мононуклеозоподобным заболеванием во II триместре.

В 20 недель – положительная ПЦР на вирус ЦМВИ, антител к нему не было, в 24 недели – низкоavidные IgG в титре 1:40. Роды на 35-й неделе гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении – 2003 г, длина – 44,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей экхимозы. С 1-х суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия. Желтуха появилась на 2-е сутки жизни.

При осмотре на 3-и сутки: на осмотр отреагировала приступом клонических судорог. Купированы введением реланиума. Кожа чистая, иктерична до 2-й степени с зеленоватым оттенком. Дыхание проводится во все отделы, 46 в мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень + 4 см, селезенка + 1,5 см. Стул светло-зеленый, кашицеобразный. Мочится достаточно, моча насыщенного цвета.

Клинический анализ крови: Hb – 160 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 18×10^9 /л, с/я – 27%, п/я – 5%, лимф. – 56%, эоз. – 3%, мон. – 9%, тромб. – 120×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л (N – 49-69), альбумины – 25 г/л (N – 34-44), СРБ – 15 мг/л (N – 0-8), ГГТП – 1200 Ед/л (N – до 250), АлАТ – 450 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 310 Ед/л (N – до 40), ЩФ – 770 Ед/л (N – 150), общий билирубин – 150 мкмоль/л (N – 117-68), прямой билирубин – 85 мкмоль/л (N – 4,3-12,8), глюкоза – 4,1 ммоль/л (N – 1,7-4,7), мочевины – 6,0 ммоль/л (N – 2,5-4,5), креатинин – 70 мкмоль/л (N – 35-110), калий – 5,0 ммоль/л (N – 4,5-6,5), натрий – 137 ммоль/л (N – 135-155), кальций ионизир. – 1,01 ммоль/л (N – 0,93-1,17), магний – 1,2 ммоль/л (N – 1,01-1,8).

Задание

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования надо провести для дифференциальной диагностики и мониторинга состояния?
3. Составьте план лечения.

Задача 12

Девочка, 14 дней, находится в стационаре. Из анамнеза: родилась у женщины 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность 1-я, протекавшая с токсикозом в 1-й половине, гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась. Роды самопроизвольные на 36-й неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 ч, II период – 45 мин, безводный промежуток – 8 ч, околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Масса – 2540 г, длина – 46 см, окружность головы – 32 см. Апгар – 5/7 баллов. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 4-е сутки у ребенка появился приступ клонико-тонических судорог.

На 5-е сутки ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Масса – 2520 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа чистая, на субиктеричном фоне. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 44 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС – 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см, селезенка +1 см. Голова гидроцефальной формы, окружность головы 34 см, швы открыты, большой родничок 4×4 см, выбухает. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. На осмотр реагирует тоническим напряжением разгибателей рук. Мышечный тонус снижен. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые.

Исследование спинномозговой жидкости в 4 сут.: прозрачность – мутная, белок – 1,66 г/л, цитоз – 320 в 3 мкл: нейтр. – 15%, лимф. – 85%.

Сыворотка крови на антитела к герпесу 1, 2-го типа: IgG – положит. 1:240, IgM – отрицат., к ЦМВИ – IgG – отрицат., IgM – отрицат., к токсоплазме у ребенка – IgG – положит. 1:320, IgM – положит. 1:1280.

НСГ 4-е сутки: рисунок борозд и извилин визуализируется нечетко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты. 3-й желудочек – 5 мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения

диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 5 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

Задание

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования надо провести для дифференциальной диагностики и мониторинга состояния?
3. План лечения.

Задача 13

Ребенок от матери 29 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим (хронический кандидоз, сальпингоофорит в анамнезе, уреоплазмоз – пролечен, 2 медицинских аборта, 1 выкидыш) и соматическим анамнезом (хронический цистит) от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1/3 и 2/3, с ОРЗ на 26-й неделе, обострением цистита на 27-28-й неделе, с маловодием, от 1-х оперативных родов на 28-й неделе. При рождении: масса тела – 880 г, длина – 33 см, оценка по шкале Апгар – 5/6 баллов. Через 5 мин после рождения выросла одышка до 85 вдохов в мин, западение грудины на вдохе, при дыхании комнатным воздухом отмечался цианоз носогубного треугольника, слегка заметные раздувания крыльев носа, при аускультации – экспираторные шумы, единичные влажные хрипы над передней поверхностью легких, дыхание резко ослаблено. Ребенок переведен в отделение интенсивной терапии.

На данный момент возраст ребенка 3 суток. Объективно: в неврологическом статусе резко выражен синдром угнетения. Кожа субиктеричная, с серым оттенком, единичные элементы геморрагической сыпи. Симптом «бледного пятна» – 4 с. Ребенок на ИВЛ, аускультативно в легких – разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, среднее артериальное давление – 30 мм рт. ст. Живот правильной формы, вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, перистальтика умеренно снижена, печень +2,5 см от края реберной дуги, селезенка +0,5 см. Мочится по катетеру, моча светлая, диурез – 1,3 мл/кг/ч.

В ОРИТ взяты *газы капиллярной крови*: рН = 7,29, ВЕ = -6, рСО₂ – 65 мм рт. ст., рО₂ – 35 мм рт. ст.

На рентгенограмме: интерстициальный отек легочной ткани.

Экспресс-анализ крови: лейкоц. – 36×10^9 /л, тромб. – 80×10^9 /л, Нв – 140 г/л.

Задание

1. Каков предварительный диагноз у данного ребенка?
2. Какова может быть этиология заболевания?
3. Оцените тяжесть дыхательных расстройств по шкале Даунса.
4. Необходимо ли назначение антибактериальной терапии этому ребенку? Специфической терапии?

Задача 14

Ребенок от матери 25 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (уреоплазмоз – пролечен, 1-я беременность – выкидыш), от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2/3, обострение хронического цистита на 27-28-й неделе (получала антибактериальную терапию), от 1-х самостоятельных родов на 29-й неделе. При рождении: масса тела – 1200 г, длина – 35 см, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. В родзале в связи с развившейся дыхательной недостаточностью проводились реанимационные мероприятия, интубация трахеи, начата ИВЛ. Из анамнеза известно, что на первой неделе жизни ребенок перенес СДР, тяжелое течение, требовавшее проведения ИВЛ с «жесткими» параметрами. На протяжении первого месяца жизни отмечались приступы бронхообструкции с падением сатурации. На 15-е сутки жизни из трахеи методом ПЦР выявлена *Ureaplasma urealyticum*.

В настоящее время ребенку 1 месяц 9 дней, находится в ОРИТ на ИВЛ. Объективно: в неврологическом статусе умеренно выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая, чистая. Грудная клетка вздута, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, ЧД – 80 в мин. Аускультативно – дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие, периодически – свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, выслушивается мягкий

систолический шум слева от грудины, среднее АД – 40 мм рт. ст. Живот правильной формы, вздут, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка не определяется. Мочится самостоятельно, моча светлая, диурез – 3 мл/кг/час.

На рентгенограмме: сумма задних и передних отрезков ребер на уровне диафрагмы – 16 ребро, эмфизема легких; линейные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления.

По *Эхо-КГ*: ОАП – 2 мм, гемодинамически незначимый, давление в легочной артерии в пределах возрастной нормы.

В анализе крови: лейкоц. – 15×10^9 /л.

Задание

1. Ваш диагноз. В какой стадии заболевания находится ребенок?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие медикаментозные и немедикаментозные методы лечения применяются при данном заболевании?
4. Возможна ли профилактика данного заболевания в раннем неонатальном периоде?

Задача 15

Девочка 5 суток жизни от матери 30 лет, страдавшей бесплодием, от 2-й беременности (1-я беременность – мед. аборт), наступившей в результате ЭКО двойней. Беременность протекала с угрозой прерывания всю беременность, роды 2-е на 30-й неделе, экстренное кесарево сечение на фоне преждевременного излития околоплодных вод, бихориальной биамнионической двойней, 1-й из двойни. Масса – 1340 г, длина – 39 см, Апгар – 7/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое, с 2 часов жизни нарастают симптомы дыхательной недостаточности (оценка по Сильверману – 6 баллов), была заинтубирована и переведена на ИВЛ, получила 1 дозу куросурфа. В возрасте 2 суток начато энтеральное питание смесью «Пренутрилон» через зонд 1 мл/ч.

На 4-е сутки жизни появилось отделяемое по зонду зеленого цвета, кормление прекращено, с подозрением на кишечную непроходимость ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных. На 5-е сутки при осмотре: ребенок в кювезе, тепло не удерживает. Находится на ИВЛ. Реакция на раздражители слабая, реакция зрачков на свет положительная. Кожа сероватая на бледном фоне, отечность передней брюшной стенки. Аппаратное дыхание с частотой принудительных вдохов 25 в мин, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 в мин. Живот резко вздут, пальпация затруднена, перистальтика не выслушивается. Перкуторно печень +3 см, селезенка +1 см. Самостоятельного стула за 12 ч не было, после клизмы получена светлая слизь. Диурез 1 мл/кг/ч.

Общий анализ крови (5-е сут.): Hb – 110 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 119×10^9 /л, лейкоц. – $10,8 \times 10^9$ /л, миел. – 2%, метамиел. – 4%, п/я – 10%, с/я – 46%, лимф. – 20%, мон. – 17%, СОЭ – 7 мм/ч.

КОС (5-е сут.): рН – 7,36, PCO_2 – 29, PO_2 – 73, BE – 8, SaO₂ – 94.

Рентгенограмма брюшной полости (на месте, в положении на спине): газонаполнение кишечника резко снижено, неравномерно, контуры кишечных петель нечеткие, в правой подвздошной области – пневматоз кишечной стенки.

УЗИ брюшной полости: газ под передней брюшной стенкой, газ в воротной вене, перистальтика кишечника отсутствует, жидкостное содержимое в латеральных каналах.

Задание

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача 16

Девочка 25 суток жизни, от 28-летней матери, страдающей пролапсом митрального клапана, от 3-й беременности (1-я беременность – срочные роды, ребенок здоров, 2-я – мед. аборт), протекавшей с нефропатией в III триместре, от двух срочных самопроизвольных родов в головном предлежании, осложнившихся обвитием пуповины вокруг шеи. Масса – 3040 г, длина – 49 см, оценка по Апгар – 4/8 баллов. Состояние при осмотре в 1-е сутки

средней тяжести за счет неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. Вскармливание с 1-х суток искусственной смесью «Нутрилак» по желанию матери. С 7 дней жизни появились частые срыгивания смесью, с 14 суток – створоженной смесью с примесью слизи.

При осмотре: состояние удовлетворительное, активна. Масса – 3630 г. Вскармливается в кроватке из бутылочки смесью «Нутрилак» по 100 мл 7 раз. Срыгивает до 7-8 раз в день, сразу после еды, 1-2 раза в сутки – через 1-2 ч после еды. На осмотр реагирует плачем, появляется тремор подбородка, конечностей. Кожа чистая. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Мочится достаточно, моча светлая.

Задание

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача 17

Ребенок 10 суток жизни, от женщины 23 лет, страдающей хроническим пиелонефритом, вазомоторным ринитом, от 1-й беременности, протекавшей с обострением вазомоторного ринита в I триместре и пиелонефрита в III, осложнившейся нефропатией в III триместре (отеки). Роды преждевременные на 34-й неделе беременности, самопроизвольные, в тазовом предлежании. Масса тела при рождении – 2330 г, длина – 45 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. Интубирован в родильном зале, начата ИВЛ. Катетеризована пупочная вена, проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, на 3-и сутки жизни ребенок экстубирован и переведен на назальный СРАР, пупочный катетер удален, на 5-е оксигенировался в кислородной палатке, дыхательная недостаточность не нарастала.

На 6-е сутки жизни при осмотре состояние средней тяжести, оксигенируется через кислородную маску. Дыхание везикулярное, ЧД – 46 в мин, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС – 158 в мин, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень +1 см, селезенка (-). Пупочная ранка со скудным серозно-гнойным отделяемым, вокруг неяркая гиперемия, пальпируется эластичный тяж по средней линии живота над пупком.

На 6-е сутки жизни *в клиническом анализе крови*: Нв – 192 г/л, эр. – $5,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $14,2 \times 10^9$ /л, с/я – 53%, п/я – 8%, лимф. – 26%, эоз. – 6%, мон. – 10%, тромбоц. – 280×10^9 /л, СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови (6-е сут.): общий белок – 41 г/л, альбумин – 30 г/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, СРБ – 1,2 мг/л, глюкоза – 8,3 ммоль/л, ГГТП – 15 Ед/л, ЩФ – 120 Ед/л, билирубин общий – 128 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АсАТ – 26 Ед/л, АлАТ – 27 Ед/л, Na – 134 ммоль/л, калий – 6,3 ммоль/л, прокальцитонин – 1,2 нг/мл (N – до 0,5 нг/мл).

Задание

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Возможные осложнения.
3. Местное лечение.
4. Предполагаемый возбудитель.
5. Общее лечение.

Задача 18

Доношенная девочка, от женщины 29 лет, с обострением хронического тонзиллита, лейкоцитурией в III триместре, от 1-й беременности, от срочных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении – 3120 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

Общее состояние ребенка удовлетворительное. При рождении на тыле кистей рук и пальцах пузыри до 2 см, вскрывшиеся при первом осмотре с образованием эрозий, на фоне неизменной кожи, без инфильтрации, при потягивании за край покрывки пузыря эпидермис не отслаивается. Органы – без особенностей. Эпизодов подъема температуры не было. Физиологические отправления без отклонений от нормы. В возрасте 1 суток новых пузырей нет.

Клинический анализ крови (1-е сутки): Нв – 195 г/л, эр. – $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $17,2 \times 10^9$ /л, метамиел. – 1%, п/я – 11%, с/я – 54%, лимф. – 21%, эоз. – 4%, мон. – 9%, тромб. – 230×10^9 /л, СОЭ – 5 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Оцените анализ крови.
4. Лечение.
5. Какой прогноз при данном заболевании?

Задача 19

Новорожденная девочка от матери 35 лет поступила на 4-е сутки жизни в отделение выхаживания новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, во II триместре с подъемами АД до 140/90 мм рт. ст., с гестозом, отеками, нефропатией в III триместре. По результатам пренатальной диагностики на 31-й неделе на УЗИ плода заподозрено незаращение верхней челюсти. Роды 1-е путем операции кесарева сечения на 35-й неделе гестации в связи с тяжелым состоянием матери (преэклампсия). При рождении масса ребенка – 3000 г, длина – 48 см, окружность головы – 38 см, окружность груди – 37 см, оценка по Апгар – 7/8 баллов. Тяжесть состояния при рождении обусловлена неврологической симптоматикой в виде синдрома угнетения ЦНС, дыхательной недостаточностью за счет транзиторного тахипноэ новорожденных.

При осмотре в отделении состояние ребенка тяжелое, в дополнительном кислороде не нуждается. Двигательная активность снижена, на осмотр реагирует слабым криком; мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденных вызываются, ослаблены. Обращает на себя внимание лицевой дизморфизм – эпикант, сужение глазных щелей, незаращение верхней губы, верхней челюсти, твердого и мягкого неба. Гипертелоризм сосков. Кожа ярко-розовая, чистая, отеки до 2-й степени. На правой кисти от средней фаланги мизинца отходит дополнительный пальчик. Дыхание проводится равномерно во все отделы грудной клетки, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, систолический шум с *punctum max.* в V точке. Печень +2 см, селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Пупочная ранка с геморрагическим отделяемым, пупочное кольцо широкое, пупочные сосуды не пальпируются. Стул регулярный, самостоятельный. Мочится свободно. Половые органы сформированы по женскому типу, соответствуют сроку гестации.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз, выделите все клинические симптомы и состояния.
2. Можно ли объединить различные пороки развития? Как сформулировать диагноз в этом случае?
3. Каких данных не хватает для диагностики причин пороков развития?
4. В чем состоят проявления гестоза, нефропатии, гипертензии у беременной для плода?
5. Что необходимо исключить, учитывая макросомию у ребенка?
6. Распределите все отклонения развития по группам:
А. эмбриопатии; Б. стигмы дизэмбриогенеза; В. последствия фетопатий.
7. Какие группы факторов привели к формированию указанной патологии, если известно, что:
а) на 4-й день после зачатия женщина перенесла операцию под общим наркозом (тонзиллэктомия),
б) на 5-й неделе переболела ротавирусной инфекцией,

- в) с 25-й недели получала антигипертензивные препараты,
г) фетоплацентарная недостаточность, не подтвержденная документально?

8. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения прогноза последующих беременностей?

9. Синдромальная форма генетической патологии исключена. Ваш прогноз по психомоторному развитию ребенка, если учесть, что по данным НСГ определяется умеренная ишемия перивентрикулярных зон.

Задача 20

Ребенок 3 часов жизни, от женщины 21 года, страдающей инсулинзависимым диабетом 1-го типа, который манифестировал 2 года, протекал стабильно, без осложнений, от 1-й беременности, во время которой мать продолжала инсулинотерапию. Роды преждевременные, самопроизвольные, на сроке 35-й неделе гестации в головном предлежании. Масса тела при рождении – 4300 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов.

При рождении состояние тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На осмотр реагирует слабым криком, безусловные рефлексы новорожденных угнетены, включая сосательный рефлекс, выражена мышечная гипотония. При осмотре кожные покровы багрового оттенка, акро- и периоральный цианоз, спина и плечи покрыты пушковыми волосами. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела, на щеках (лицо лунообразное). ЧД – 47 в мин. Дыхание проводится во все отделы. Хрипов нет. Перкуторно границы сердца расширены влево на 0,5 см, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Мочился, стул мекониальный, скудный. Энтерально не кормился.

Через 3 часа после рождения стала нарастать одышка до 60 в мин, появились плавающие движения глазных яблок, нистагм.

Клинический анализ крови: НЬ – 280 г/л, эр. – $7,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 15×10^9 /л, с/я – 64%, п/я – 4%, лимф. – 26%, эоз. – 1%, мон. – 5%, тромб. – 290×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови на момент приступа: общий белок – 52 г/л, альбумин – 31 г/л, СРБ – 5 мг/л, креатинин – 74 мкмоль/л, мочевины – 4,8 ммоль/л, глюкоза – 2,1 ммоль/л, АсАТ – 26 Ед/л, АлАТ – 31 Ед/л, билирубин общий – 45 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, натрий – 146 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,8 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте основной клинический диагноз. Обоснуйте его.
2. Оцените анализы.
3. Какие данные УЗИ брюшной полости и Эхо-КГ могут свидетельствовать в пользу для данного заболевания?
4. Ваша терапевтическая тактика.
5. Ваша тактика в случае, если бы ребенок получал энтеральное питание и его состояние к 3 часам жизни не ухудшилось?

Задача 21

Переношенный мальчик 13 суток жизни, от матери 27 лет, от 1-й беременности, протекавшей в I триместре с угрозой прерывания, во II триместре – с анемией, в III – с отеками; от оперативных родов на 41-й неделе путем экстренного кесарева сечения по поводу слабости родовой деятельности и начавшейся гипоксии плода. Масса тела при рождении – 4650 г, длина – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Продолжительность 1-го периода – 10 часов, 2-го – 1 час. Состояние при рождении тяжелое за счет синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности.

В течение 13 суток отмечалась некоторая положительная динамика в виде незначительного оживления рефлексов орального и спинального автоматизма, однако сохраняется снижение сухожильных рефлексов с обеих сторон. Ребенок спит, на осмотр реагирует мало, голос хриплый, низкий. Кожные покровы субиктеричные, суховатые и холодные на ощупь. Отмечается пастозность лица, надключичных ямок, тыльных поверхностей кистей и стоп. Дыхание стридорозное. При аускультации легких дыхание

проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 110 в мин. Живот вздут, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по срединно-ключичной линии, пальпируется край селезенки. Моча светлая, стул после клизмы желтый.

Клинический анализ крови: Нв – 140 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 9×10^9 /л, с/я – 34%, п/я – 1%, лимф. – 60%, эоз. – 1%, мон. – 4%, тромб. – 220×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 56 г/л, альбумин – 33 г/л, СРБ – 3 мг/л, креатинин – 90 мкмоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л. АсАТ – 32 Ед/л, АлАТ – 17 Ед/л, билирубин общий – 95 мкмоль/л, прямой – 6,5 мкмоль/л, холестерин – 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л. Уровень ТТГ по данным неонатального скрининга – 105 мМЕ/л.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Оцените анализы и перечислите изменения, характерные для данного заболевания.
3. Требуется ли дополнительное исследование для подтверждения диагноза?
4. Терапевтическая тактика.
5. Какой вид вскармливания предпочтителен при данном заболевании и почему?

Задача 22

Доношенный мальчик 20 суток жизни, от женщины 30 лет, соматически здоровой, от 2-й беременности, протекавшей с гестозом и отеками в III триместре, от двух оперативных родов путем кесарева сечения на 38-й неделе гестации по поводу рубца на матке (1-е роды – кесарево сечение, ребенок здоров). Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов.

Период ранней адаптации протекал без осложнений и на 4-е сутки жизни ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Однако в течение 2-й недели жизни ребенок плохо прибавлял в массе, а с 17-х суток появились срыгивания, сменившиеся рвотой. На 19-е сутки присоединились диарея и прогрессирующая потеря массы тела, адинамия.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная вялость ребенка, кожные покровы бледные с акроцианозом и «мраморностью». Одышка до 50 в мин. Дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, легкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 160 в 1 мин, тахикардия, глухость сердечных тонов. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги по срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

Данные КОС и газов крови: рН – 7,3, рО₂ – 70 мм рт. ст., рСО₂ – 35 мм рт. ст., ВЕ – 10.

Клинический анализ крови (13-е сутки): Нв – 170 г/л, эр. – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 12×10^9 /л, с/я – 26%, п/я – 1%, лимф. – 60%, эоз. – 4%, мон. – 9%, тромб. – 260×10^9 /л, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови (14-е сутки): общий белок – 39 г/л, альбумин – 27 г/л, СРБ – 5 мг/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевины – 6,8 ммоль/л, глюкоза – 2,6 ммоль/л, АсАТ – 44 Ед/л, АлАТ – 48 Ед/л, билирубин общий – 15 мкмоль/л, прямой – 1,7 мкмоль/л, натрий – 135 ммоль/л, калий – 7,2 ммоль/л. Уровень 17-гидроксипрогестерона (по данным 1-го этапа неонатального скрининга) – 98 нмоль/л.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова наиболее вероятная причина развития данного заболевания?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Терапевтическая тактика.
5. Меры профилактики, направленные на раннее выявление данного заболевания.

Задача 23

Доношенный мальчик, от женщины 32 лет, от 1-х своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Общеравномерносуженный таз I степени. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, проведена родостимуляция окситоцином, 1-й период – 12 ч, 2-й период – 1 ч 10 мин, наложение акушерских щипцов. Масса тела при рождении – 3890 г, длина – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное, отмечаются родовая опухоль и подкожная гематома теменно-затылочной области. Через 5 часов после рождения ребенок беспокойный, не спит, взгляд напряженный, двигательное возбуждение, кефалогематома правой теменной кости. В возрасте 11 ч состояние очень тяжелое за счет неврологической симптоматики: многократные клонико-тонические судороги, мышечная гипотония S<D, апноэ, брадикардия. Зрачки S<D. Отмечалось прогрессивное снижение артериального давления, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, на осмотр не реагировал.

Клинический анализ крови: Hb – 150 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 15×10^9 /л, с/я – 60%, п/я – 4%, лимф. – 28%, эоз. – 2%, мон. – 6%, тромб. – 260×10^9 /л, СОЭ – 3 мм/ч.

КОС: pH – 7,29, pO₂ – 48 мм рт. ст., pCO₂ – 44 мм рт. ст. BE – -5,8, сатурация – 92%, уровень лактата – 3,2, глюкозы – 2,3, кальций ионизиров. – 0,95.

Задание

1. Предварительный диагноз.
2. Факторы риска развития данного заболевания.
3. Имеет ли диагностические преимущества в данной ситуации КГ по сравнению с НСГ?
4. Какие изменения в составе спинномозговой жидкости характерны для данного заболевания?
5. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Задача 1

Ребенок 8 месяцев, родился от молодых, здоровых родителей. Беременность 1-я, протекала физиологически, роды в срок. Масса при рождении – 3400 г, длина – 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание смесью «Нутрилон 1». С 5 месяцев получает смесь «Нутрилон 2» до 500 мл/сут., кашу домашнего приготовления на цельном молоке – 200 мл/сут., кефир из молочной кухни – 200 мл/сут., периодически – цельное козье молоко (покупают у соседки, живущей в частном доме), овощные пюре домашнего приготовления – 100-150 г/сут. На улице гуляет редко, преимущественно спит в коляске на застекленной лоджии. В течение последнего месяца отмечаются беспокойство, вздрагивание при резких звуках, вялость, беспокойный сон. Самостоятельно не садится, зубов нет.

При осмотре: масса тела – 10 кг, длина – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отмечаются облысение и уплощение затылка. Большой родничок 3,0×3,0 см, края податливые. Тургор тканей снижен. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот «лягушачий», имеется расхождение прямых мышц живота. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 32 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 124 уд. в мин. Печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 101 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, RDW – 17%, лейкоц. – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 32%, эоз. – 2%, лимф. – 57%, мон. – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – отс., эпит. – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – отс.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (N – до 600), сыв. железо – 5,5 мкмоль/л, ОЖСС – 68 мкмоль/л, уровень 25-ОН-D 8 нг/мл.

Задание

1. Поставьте диагнозы на момент осмотра.
2. Укажите причины выявленных заболеваний.
3. Какие факторы способствовали развитию заболеваний?
4. Оцените результаты лабораторных методов обследования.
5. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?

6. Оцените массо-ростовые показатели при рождении и на момент осмотра.
7. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.
8. Назовите возможные причины задержки моторного развития.
9. Какова тактика лечения этих заболеваний?
10. Какова продолжительность лечения?
11. Что будет являться критериями эффективности лечения? Перечислите клинические и лабораторные критерии.
12. Назовите методы неспецифической и специфической профилактики выявленных фоновых заболеваний.
13. Укажите группу здоровья ребенка.

Задача 2

Ребенок 4 месяцев. Родился от 2-й беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-й неделе гестации. Масса при рождении – 2200 г, длина – 46 см. До 1 месяца находился на грудном вскармливании, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями (получал смесь «Нестожен 1», затем переведен на смесь «Малютка 1»). За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 2-х месяцев отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивалось как признаки перинатального поражения ЦНС. В возрасте 1 месяца был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина Д₃, но препарат ребенку не давали. Специфическая профилактика анемии не проводится. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно. Гуляют редко, преимущественно в вечернее время.

При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела – 5100 г, длина – 56 см. Отмечаются уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5х3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа имеются болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, нижняя апертура расширена, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижен тургор мягких тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, потливость повышена. Кожа чистая, бледная, периодически – мраморность кожных покровов. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные, ЧСС – 124 в мин, живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ретикул. – 0,5%, MCV – 72 фл, RDW – 18%, лейкоц. – $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз. – 2%, лимф. – 60%, мон. – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок отсутствует, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – нет, соли – ураты в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, общий кальций – 2,2 ммоль/л, кальций иониз. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, ЩФ – 1000 Ед/л, сыв. железо – 7,3 мкмоль/л, ОЖСС – 66 мкмоль/л, 25-ОН-Д – 12 нг/мл.

КОС крови: рН = 7,34; ВЕ = –7 ммоль/л.

Задание

1. Какие диагнозы можно поставить?
2. Определите период каждого заболевания, степень тяжести, характер течения.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной систем?
4. Выделите факторы риска развития заболеваний по анамнезу ребенка.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Могут ли предупредить развитие заболеваний профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
7. Какое лечение следует назначить ребенку?
8. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
9. Являются ли заболевания ребенка противопоказанием к проведению профилактических прививок?

10. Имелась ли при рождении ребенка гипотрофия? Оцените динамику массы в дальнейшем.

11. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка.

12. Укажите группу здоровья ребенка.

Задача 3

Девочка, 1 год 6 месяцев. Анамнез жизни: родилась от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины. Срочные роды, закричала сразу. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей.

На грудном вскармливании до 7 месяцев. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул – без особенностей. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Однократно наблюдался эпизод судорожных подергиваний конечностей. Масса тела в возрасте одного года – 8500 г, рост – 72 см.

При осмотре масса тела – 10 кг, рост – 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное» лицо, короткая шея, выступающий за счет гепатомегалии живот. Кожа обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД – 28 в 1 мин. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 0,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 120 уд. в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 10 см, плотная. Селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $9,0 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 29%, эоз. – 1%, лимф. – 60%, мон. – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 15%, γ – 15%, АЛАТ – 21 Ед/л, АсАТ – 23 Ед/л, холестерин – 9,2 ммоль/л, общ. липиды – 14 г/л (N – 4,5-7), глюкоза – 2,9 ммоль/л, мочевая кислота – 0,65 ммоль/л (N – 0,17-0,41), молочная кислота – 2,8 ммоль/л (N – 1,0-1,7).

КОС крови: pH = 7,35, BE = -6 ммоль/л.

УЗИ печени: увеличение всех отделов печени, больше правых, повышение эхогенности паренхимы.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие нарушения лежат в основе этого заболевания?
3. Какие причины способствуют увеличению печени при данной патологии?
4. Чем объяснить гипогликемические состояния у ребенка?
5. Какие методы диагностики необходимы для уточнения заболевания?
6. Какие методы определения глюкозы в крови Вы знаете?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Каков тип наследования заболевания?
9. Какие заболевания из этой группы Вам известны?
10. При каком заболевании из этой группы развивается тяжелое поражение сердца?
11. назовите основные принципы лечения.
12. Что является причиной смерти при отсутствии лечения?

Задача 4

Ребенку 8 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 1-я, протекала физиологически, 1-е срочные роды. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5-е сутки. От проведения неонатального скрининга и профилактических прививок мать отказалась. В 1-м полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось (со слов родителей), детскую поликлинику не посещал, специалистами не осматривался (отказ родителей). Находится на грудном вскармливании, прикормы введены в срок.

С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился

гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, яркие голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пузрильное, проводится во все отделы, ЧД – 32 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 124 уд. в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, эоз. – 1%, л – 58%, мон. – 8%, СОЭ – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, отн. пл. – 1012, лейкоц. – 2-3 в п. зр, эр. – нет, слизь – немного.

Скрининг-тест Гатри: положительный.

Задание

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Что лежит в основе его возникновения?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Чем можно объяснить необычно светлую кожу и белокурые волосы при данной патологии?
5. Каковы причины отставания психомоторного развития у данного больного?
6. В каком возрасте наблюдается манифестация заболевания?
7. Каков прогноз в зависимости от срока постановки диагноза?
8. При каких наследственных заболеваниях изменяются цвет и запах мочи?
9. Принципы лечения этого заболевания.
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
11. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.

Задача 5

Девочка, 1 год, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».

Анамнез: ребенок от 3-й нормально протекавшей беременности, наступившей через 5 месяцев после предыдущих вторых родов. В семье 2 здоровых ребенка 5 и 2 лет 3 мес. При рождении масса тела – 3300 г, длина – 51 см. С 2-недельного возраста переведена на искусственное вскармливание смесью «Малютка 1». С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, где вскармливалась кашами на козьем молоке, собственными овощами, ягодами и соками, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне врачами не наблюдалась, профилактические прививки не проводились. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю. Бабушка вызвала мать, которая увезла ребенка в город для обследования. При обследовании было обнаружено снижение уровня Hb (72 г/л) и цветового показателя (0,58). Мать госпитализировала ребенка через 2 недели после рекомендации педиатра.

При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых. Склеры светлые. В углах рта «заеды». Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пузрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка у края подреберья. Моча и стул обычной окраски. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9-10 мес.

Общий анализ крови: Hb – 54 г/л, эр. – $2,7 \times 10^{12}$ /л, MCH – 24 пг, MCV – 22 фл, RDW – 17%, ретикул. – 1,1%, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф. – 66%, эоз. – 4%, мон. – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 22,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 3,5 мкмоль/л, ФС – 7 мкг/л, сыв. железо – 3,1 мкмоль/л, ОЖСС – 83,9 мкмоль/л, свободный Нв – нет.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1010, белок – нет, эпит. плоск. – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр. (тремякратно).

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Перечислите причины, которые способствовали развитию заболевания у данного ребенка.
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. С чем связана задержка психомоторного развития ребенка?
8. Назначьте лечение.
9. Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
10. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

Задача 6

У мальчика Е., 3 года, после употребления вареной рыбы появились зуд и отек в области губ, жжение языка, уртикарная сыпь на лице, боли в животе, учащенный разжиженный стул.

Анамнез болезни: в возрасте 5,5 месяца после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Нутрилак 1») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодиц, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гидролизат («Нутрилон пепти Аллергия») и назначение антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсинов, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.

При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо и кусает губы. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные экскориации. На коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, видны следы от укусов зубами, слизистая оболочка полости рта чистая, отечная, ярко гиперемирована. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: Нв – 112 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 34%, эоз. – 12%, лимф. – 45%, мон. – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Радиоаллергосорбентный тест: уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к β-лактальбумину и овалбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.

2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
4. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
5. Назначьте лечение.
6. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
7. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии псевдоаллергических реакций?
8. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
9. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
10. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
11. Назначьте ребенку индивидуальную гипоаллергенную диету.
12. Назначьте лечение кожного процесса согласно степени тяжести и распространенности процесса.
13. В чем должен заключаться ежедневный уход за кожей ребенка (базисная терапия)?

Задача 7

Антон В., 6 месяцев, поступил в больницу с направляющим диагнозом «Атопический дерматит, период обострения».

Анамнез: ребенок от 1-й беременности, роды срочные. Масса тела при рождении – 2850 г, длина – 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяца. Вскоре после перевода ребенка на искусственное вскармливание (смесь «Нутрилон комфорт») на коже щек появились зудящие участки покраснения с микровезикулами, мокнутием и корками. В дальнейшем проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Нутрилак», «НАН ГА» и др.), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодицы, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. Три дня назад после введения прикорма (овсяная каша на козьем молоке) кожные проявления усилились, появилось выраженное беспокойство (ребенок почти не спит), учащенный разжиженный стул со слизью. Мать ребенка страдает нейродермитом, у отца – поллиноз.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». На коже повсеместно (за исключением спины) имеются участки эритемы с мокнутием и серозными корками. За ушами, в области шейных складок, локтевых и подколенных сгибов, промежности – участки мокнутия с мелкопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 114 уд. в мин. Живот безболезненный при пальпации, слегка вздут, урчание по ходу толстого кишечника. Печень + 3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью.

Общий анализ крови: Нв – 101 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 33%, эоз. – 9%, лимф. – 41%, мон. – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, сыв. железо – 8,1 мкмоль/л, ОЖСС – 87,9 мкмоль/л.

Радиоаллергосорбентный тест: уровень IgE в сыворотке крови 830 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена средней степени сенсibilизация (+++) к β-лактальбумину, овальбумину, глиадину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Задание

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?

2. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
4. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назначьте лечение.
8. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
9. Назовите принципы ступенчатой терапии атопического дерматита.
10. Какие средства для ухода за кожей детей с атопическим дерматитом Вы знаете?
11. Назначьте ребенку антигистаминные препараты для снятия зуда и улучшения сна.

Задача 8

Девочка, 5 месяцев 3 дня, поступила в больницу с направляющим диагнозом «Кишечная инфекция, токсикоз с эксикозом II степени».

Анамнез жизни: от 1-й беременности, 1-х физиологических родов. Масса тела при рождении – 3600 г, длина – 53 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. До настоящего времени находится на грудном вскармливании. Помимо грудного молока получает яблочный и морковный соки, фруктовое пюре. Профилактические прививки сделаны по календарю. Стул до заболевания 2-3 раза в сутки, желтого цвета, без патологических примесей. Наследственность не отягощена. В возрасте 5 месяцев масса тела составляла 7400 г.

Анамнез заболевания: заболела 4 дня назад, когда внезапно поднялась температура тела до 37,7°C, появился разжиженный стул до 7-8 раз в сутки, отмечалась повторная рвота. Ребенок был в контакте с больной бабушкой. На 2-е сутки заболевания девочка осмотрена участковым педиатром, который предложил госпитализировать ребенка, однако родители от госпитализации отказались. Было рекомендовано поить ребенка дробно до 500-600 мл/сут.; назначен эрцефурил внутрь по 100 мг 4 раза в сут. На 3-й день болезни рвота участилась, девочка стала отказываться от питья и еды, появилась сонливость. В день госпитализации у ребенка отмечается неукротимая рвота. В течение 8 часов не мочилась. Стул водянистый, скудный.

При поступлении в стационар состояние ребенка очень тяжелое. Сознание soporозное. Адинамична. Температура тела 36,0°C. Кожные покровы холодные на ощупь, выражены акроцианоз, мраморность. Большой родничок запавший, черты лица заострены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Выражено диспноэ, ЧД – 42 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС – 88 уд. в мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика вялая. Печень +3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Резкая мышечная гипотония, гипорефлексия. При осмотре дважды была рвота желчью. Стула во время осмотра не было, не мочилась. Очаговой и менингеальной симптоматики не отмечается. Масса тела на момент поступления – 6,6 кг.

Общий анализ крови: Ht – 61% (N – 31-47), Hb – 156 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 30%, эоз. – 1%, лимф. – 57%, мон. – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – насыщенно-желтый, отн. плотн. – 1018, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпит. плоск. – много, лейкоц. – 5-10 в п. зр, эр. – ед. в п. зр., цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, калий – 3,0 ммоль/л, натрий – 128,0 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,7 ммоль/л.

КОС крови: рСО₂ – 36 мм рт. ст., рН = 7,1, ВЕ = -15,5 ммоль/л.

Бактериологическое и вирусологическое исследование кала: материал взят на исследование.

Задание

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом? Ответ обоснуйте.

2. Перечислите основные механизмы развития патологического процесса при данном заболевании.
3. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания у детей раннего возраста?
4. Перечислите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста, которые способствуют развитию обезвоживания.
5. Что такое дизгидрия и каков механизм ее развития?
6. Какие исследования являются наиболее значимыми для определения вида и степени дегидратации?
7. Перечислите электрокардиографические признаки гиперкалиемии.
8. Каков механизм развития ацидоза при токсикозе с эксикозом?
9. Перечислите основные направления терапии данного заболевания (посиндромно).
10. Чем определяется тактика инфузионной терапии при развитии дегидратации? Рассчитайте объем и состав инфузионных растворов, необходимых данному ребенку.
11. Как производится коррекция гипокалиемии?
12. Каково соотношение глюкозо-солевых растворов, используемых при солидефицитном виде обезвоживания у детей раннего возраста?

Задача 9

Мальчик, 1 год 1 месяц, поступил в больницу с жалобами матери на слабость, повышение температуры тела до 39,0°C, повторную рвоту, отказ от еды и питья.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре, 2-х срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 50 см. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. На естественном вскармливании до 11 мес., прикорм введен с 5 месяцев. В весе прибавлял нормально, масса тела в 1 год – 10,2 кг. До настоящего времени ничем не болел.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у мальчика поднялась температура тела до 39,2°C, появились рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пил, был очень возбужден. Врачом не осматривался, лечения не получал. На вторые сутки болезни рвота участилась, стал отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Ребенок госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела – 9,6 кг. Выражены вялость, сонливость. Глаза запавшие, заострившиеся черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Со вчерашнего дня не мочился. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Общий анализ крови: Нб – 158 г/л, эр. – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $16,3 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 41%, эоз. – 1%, лимф. – 44%, мон. – 8%, СОЭ – 13 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – насыщенно-желтый, отн. пл. – 1026, лейкоц. – 4-5 в п. зр., эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, калий – 3,2 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций иониз. – 1,0 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л, АсАТ – 19 Ед/л, СРБ – 60 мг/л.

КОС крови: рСО₂ – 32 мм рт. ст., рН = 7,3, ВЕ = -10,0 ммоль/л.

Бактериологическое исследование кала: материал взят на исследование.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Какие этиологические факторы наиболее часто вызывают подобные патологические процессы у детей раннего возраста?
4. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
5. Назовите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста.

6. Какие исследования наиболее информативны для определения вида и степени дегидратации?
7. Как изменяются показатели гематокрита в зависимости от степени обезвоживания?
8. Какие изменения на ЭКГ отмечаются при гипокалиемии?
9. Для какой фазы обезвоживания характерно развитие субкомпенсированного метаболического ацидоза?
10. Перечислите основные принципы терапии (посиндромно) данного заболевания.
11. Какие способы расчета объема жидкости для проведения регидратации Вы знаете?
12. Каково соотношение глюкозо-солевых растворов, которые используются при водodefицитном (гиперосмолярном) виде обезвоживания?
13. Как проводится коррекция гипокалиемии?
14. Показана ли ребенку антибактериальная терапия, если да, то какими препаратами?

Задача 10

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появилась вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На 3-и сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.

При осмотре врачом скорой помощи отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД – 54 в мин. Над всей поверхностью легких перкуторно – звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС – 138 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нв – 112 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 32%, эоз. – 1%, лимф. – 56%, мон. – 7%, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпит. плоск. – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, АЛАТ – 23 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (N – до 40).

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
3. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
4. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
5. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания?
6. Какие предрасполагающие факторы играют роль в развитии гипертермического синдрома у детей раннего возраста?
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
8. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий.
9. Каким специалистам нужно показать данного ребенка?
10. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
11. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
12. Какие варианты гипертермического синдрома Вы знаете?

Задача 11

Девочка В., 8,5 месяца, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 мин.

Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 мин судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0×2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо – положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II межреберье, левая – по левой срединно-ключичной линии, правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявлено. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нб – 120 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 20%, эоз. – 4%, лимф. – 64%, мон. – 10%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпит. пл. – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л (N – 0,8-1,1), кальций общий – 1,6 ммоль/л (N – 1,8-2,1), фосфор – 0,6 ммоль/л (N – 0,6-1,6), АЛАТ – 23 Ед/л, АсАТ – 19 Ед/л, СРБ – 70 мг/л.

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность – прозрачная, белок – 160 г/л, цитоз – 2 в 3 мкл: нейтр. – 0%, лимф. – 2%.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию тетании у детей раннего возраста?
5. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
6. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
7. С какой целью больному проведена спинномозговая пункция?
8. Чем опасен судорожный синдром?
9. Какова тактика ведения такого больного на участке?
10. Какие специалисты должны вести наблюдение за данным ребенком в поликлинике?
11. Какие лабораторные исследования необходимо провести в динамике?
12. Каков прогноз для данного ребенка?

Задача 12

Мальчик, 6,5 месяца, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла

ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии легкой асфиксии. Масса при рождении – 2900 г, длина – 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, адаптированными смесями, разведенным козьим молоком, с 4,5 месяцев – кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 месяцев заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела – 6100 г, длина – 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2×2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка – на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови: Hb – 99 г/л, эр. – $3,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 28 фл, MCH – 27 пг, RDW – 14%, лейкоц. – $8,1 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 49%, лимф. – 44%, эоз. – 1%, мон. – 2%, СОЭ – 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кис., отн. плоск. – 1015, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк не выделены.

Задание

1. Клинический диагноз на момент осмотра.
2. Возможные причины патологических состояний.
3. План дополнительного обследования.
4. Рассчитайте массо-ростовой коэффициент при рождении и оцените его.
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови следует ожидать у больного?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какой генез анемии у данного ребенка?
8. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Назначьте ребенку кормление.
11. План медикаментозного лечения?
12. В какой дозе следует назначить витамин D ребенку?
13. Когда можно переходить на поддерживающую дозу витамина D?

Задача 13

Ребенок И., 2 месяца. Родители молодые, ребенок от 4-й беременности, 4-х родов. Первые 3 ребенка умерли в период новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в 1-й половине, повышением АД во 2-й половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. С рождения на грудном вскармливании.

В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста – диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени.

Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной

консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}$ /л, ретик. – 0,2%, лейкоц. – $8,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, эоз. – 1%, лимф. – 60%, мон. – 6%, СОЭ – 2 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, отн. плоск. – 1012, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 18,5 мкмоль/л, прямой – 12,0 мкмоль/л, общий белок – 57,0 г/л, альбумины – 36 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, холестерин – 2,2 ммоль/л, калий – 4 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, ЩФ – 250 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, АсАТ – 30 Ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л.

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

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
4. Какие варианты заболевания Вам известны?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
8. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании.
9. Как определяется степень гипотрофии?
10. Каковы принципы назначения питания у детей с гипотрофией?
11. Назначьте вскармливание с учетом степени гипотрофии.
12. Прогноз заболевания.

Задача 14

Ребенок А., 3 месяца, от матери с отягощенным соматическим (пролапс митрального клапана, хронический холецистит, хронический панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность 1-я, протекавшая с токсикозом в I триместре, повышением АД в III триместре. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении – 2200 г, длина – 47 см.

Вскармливание: до 2 месяцев – грудное, далее смесью «Нутрилак 1». Аппетит был всегда снижен.

Объективно: масса тела – 2700 г, длина – 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, «карпий» рот, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые оболочки ярко-красного цвета. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание пуэрильное. ЧД – 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС – 124 уд. в мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 31%, эоз. – 3%, лимф. – 55%, мон. – 10%, СОЭ – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумины – 30 г/л, холестерин – 3,2 ммоль/л, глюкоза – 3,4 ммоль/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какова причина этого заболевания?
3. О каком моногенном синдроме можно предположить?
4. Оцените показатели массы тела и длины при рождении.
5. Объясните понятие «псевдогидроцефалия».

6. Каковы патогенетические механизмы изменения соматотропного гормона при данном состоянии?
7. Патогенез задержки физического развития ребенка.
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
9. Под контролем каких показателей должно проводиться лечение ребенка?
10. Прогноз заболевания.
11. Консультация какого специалиста потребуется?

Задача 15

Девочка, 5 месяцев. От 1-й нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на шестые сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 месяца – на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери – пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 месяца перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД – 60 в мин. Перкуторно: над легкими легочной звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 140 уд. в мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см – из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 30%, эоз. – 3%, лимф. – 58%, мон. – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

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

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Какие методы выявления возбудителя Вы знаете?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения.

Задача 16

Больная З., 3 года, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правой парастеральной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд. в мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД – 40 в мин, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3 см.

Общий анализ крови: Нв – 148 г/л, эр. – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 21%, эоз. – 1%, лимф. – 70%, мон. – 4%, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1014, белок – отс., глюкоза – отс.; эпителий – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, фосфор – 1,5 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (N – до 40), СРБ – 5 мг/л.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Сроки оперативного лечения.
6. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача 1

Мальчик, 4 года. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ.

От 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на шестой день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 месяца переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 месяцев, стоит с 10 месяцев, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 года посещает детский сад. С того же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

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

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 28 в мин. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС – 110 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, эоз. – 3%, лимф. – 38%, мон. – 9%, СОЭ – 6 мм/ч.

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

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые принципы приводят к данному заболеванию?
3. Проверьте дифференциальный диагноз.
4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5. Назначьте лечение.

Задача 2

Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечались умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени.

При осмотре на 2-е сутки от начала болезни: мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые оболочки чистые, в зеве – выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы практически исчезают. ЧД – 22 в мин. Перкуторно: определяется ясный легочной звук. Тоны сердца звучные, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 21%, эоз. – 7%, лимф. – 63%, мон. – 6%, баз. – 1%, СОЭ – 14 мм/ч.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое исследование?
4. Перечислите показания к проведению пробы Манту.
5. Назначьте лечение.
6. Каковы методы профилактики данного заболевания?

Задача 3

Мальчик, 8 лет, заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$. После применения парацетамола температура снижалась.

Анамнез: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей, привит по возрасту, детский сад посещал с 3-х лет, болел нечасто, из детских инфекций перенес ветряную оспу и скарлатину.

При осмотре на дому на 2-й день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложений на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аускультативно-жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. ЧД – 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание в норме. Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 46%, лимф. – 37%, эоз. – 5%, мон. – 8%, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кисл., отн. плоск. – 1,015, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – отс.

Задание

1. Клинический диагноз.
2. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?
3. Назначьте лечение.
4. Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Разработайте план противоэпидемических мероприятий.
7. Каковы меры профилактики данного заболевания?
8. Перечислите наиболее вероятные возбудители данного заболевания.
9. Есть ли у данного ребенка клинические данные за бронхообструктивный синдром?

Задача 4

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

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

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД – 60 в мин. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см латеральнее от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 140 уд. в мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв – 118 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 30%, эоз. – 3%, мон. – 8%, лимф. – 58%, СОЭ – 15 мм/ч.

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

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?
6. Можно ли лечить ребенка на дому?
7. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 5

Ребенок, 4 года, три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять. Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Закричал сразу, к груди приложен в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300 г. Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в 3 месяца. Психомоторное развитие – по возрасту. С 3,5 месяца страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 года посещает детский сад. С этого же времени стал часто болеть ОРВИ, которые каждый раз сопровождались длительным кашлем. Консультирован отоларингологом, диагностированы аденоидные вегетации 2-й степени. У матери ребенка пищевая и лекарственная аллергия, отец здоров, курит.

Настоящее заболевание началось с повышения температуры, головной боли, слизистого отделяемого из носа и сухого кашля. Кашель усиливался утром, иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Получал отхаркивающие микстуры без положительной динамики. При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный, слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным влажным компонентом. Температура тела 37,4°C. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание проводится во все отделы легких, выдох удлинен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. ЧД – 28 в 1 мин. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет. ЧСС – 110 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см.

Общий анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, лимф. – 38%, эоз. – 3%, мон – 9%, СОЭ – 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кисл., отн. пл. – 1015, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – отс.

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

Задание

1. Клинический диагноз на момент осмотра.
2. Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
3. Какие анамнестические данные помогли Вам поставить диагноз?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие диагностические мероприятия следует провести?
7. Назначьте лечение.
8. Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
9. Каков прогноз заболевания?

Задача 6

Ребенок 8 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, 1-х преждевременных родов. На 1-м году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, инфекционный мононуклеоз. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС – 110 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв – 105 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 57%, эоз. – 1%, лимф. – 23%, мон. – 9%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кисл., отн. плоск. – 1018, белок – нет, эпит. – ед. пл., лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – отс.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 16%, β – 8%, γ – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – 86 мг/л.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задание

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей данной возрастной группы?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение
6. Какие могут быть осложнения заболевания?
7. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
8. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

Задача 7

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

Анамнез: от 1-й нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В период новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией.

Заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного непродуктивного кашля, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала «неотложную помощь».

При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности, там же – ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД – 42 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 110 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован.

Общий анализ крови: Нб – 134 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 23×10^9 /л, метамиел. – 2%, п/я – 8%, с/я – 64%, лимф. – 24%, мон – 2%, СОЭ – 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кисл., отн. пл. – 1012, белок – 0,066 г/л, эпит. плоск. – ед., лейкоц. – 4-5 в п. зр., эр. измененные – 2-3 в п. зр., цилиндры гиалиновые – 1-2 в п. зр., зернистые – 1-2 в п. зр., слизь – немного.

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

Посев трахеального аспирата: высеив пневмококка.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данный вид пневмонии и почему?
3. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
4. Назначьте лечение.
5. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
6. Какие осложнения Вы можете ожидать?
7. В каком случае можно утверждать о выздоровлении от данного заболевания?
8. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Задача 8

Мальчик, 2 года, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось, однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

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

Общий анализ крови: Нт – 49% (N – 31-47%), Нб – 122 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 52%, эоз. – 1%, лимф. – 36%, мон. – 7%, СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1010, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпит. плоск. – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – отс., цилиндры – отс., слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (N – до 40), СРБ – 120 мг/л.

КОС: рО₂ – 68 мм рт. ст. (N – 80-100), рСО₂ – 65 мм рт. ст. (N – 36-40), рН – 7,31, ВЕ – -2,3 ммоль/л (N – ±2,3), АВ – 17 ммоль/л (N – 16-23), ВВ – 39 ммоль/л (N – 37-47), SB – 19 ммоль/л (N – 17-23).

Рентгенограмма грудной клетки: очаговые инфильтративные тени в правом легком, усиление сосудистого рисунка легких.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
4. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
5. Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
6. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
7. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
8. В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
9. Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

Задача 9

Мальчик, 5 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, упорный влажный кашель с мокротой. На первом году мальчик не болел, развивался соответственно возрасту. Во время игры на полу в возрасте 1 года появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «Пневмония». Повторно перенес пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела – 20 кг, рост – 110 см. ЧД – 36 в мин, ЧСС – 110 уд. в мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение 1 тона сердца. Печень +1-2 см. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Нв – 110 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}$, лейкоц. – $13,9 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 65%, эоз. – 2%, мон. – 9%, лимф. – 17%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция кислая, отн. пл. – 1,018, эпит. – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 10%, γ – 11%, СРБ – 90 мг/л.

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

Спиральная компьютерная томография (грудная клетка): слева в 8-10 сегментах определяются цилиндрические и веретёнообразные бронхоэктазы, часть расширенных бронхов заполнена содержимым.

Задание

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования больного.
4. Патогенез данного заболевания.
5. Что случилось с ребенком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?

6. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
7. Назначьте больному лечение.
8. Показания к хирургическому лечению.

Задача 10

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

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 7-й беременности, протекавшей на фоне анемии, четвертых срочных родов. Масса тела при рождении – 3840 г, длина – 51 см. На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм по возрасту.

Аллергологический анамнез отягощен: крапивница на шоколад, цитрусовые.

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

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

Общий анализ крови: Hb – 84 г/л, эр. – $4,66 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $170,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $7,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11%, с/я – 42%, лимф. – 32%, эоз. – 5%, мон. – 10%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 70 мл, отн. пл. – 1012, лейкоц. – 2-4 в п. зр., эр. – не обнаружены, слизь, бактерии – в умеренном количестве.

Реакция кала на скрытую кровь: положительная.

Кровь на IgE к коровьему молоку: 1+.

Хлориды пота – 19,8 ммоль/л.

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

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

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

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Какова динамика рентгенологических изменений в легких при этом заболевании?
4. Какова тактика лечения?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. С какой целью измерялись хлориды пота?
7. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?

8. Можно ли назначать физиотерапевтические методы для лечения ребенка?
9. Ваш прогноз.

Задача 11

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

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсокозом в 1-й половине, 2-х срочных родов (ребенок от 1-й беременности, мальчик, болеет хронической пневмонией). Масса при рождении – 3500 г, длина – 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой срединно-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116 уд. в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, тромб. – $270,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $12,4 \times 10^9/л$, п/я – 10%, с/я – 52%, лимф. – 28%, эоз. – 1%, мон. – 9%, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 60 мл, отн. пл. – 1014, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – не обнаружены, слизь, бактерии – в умеренном количестве.

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

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6, 8, 9, 10 справа.

Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

Задание

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

Задача 12

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

от 3-й беременности (ребенок от 1-й беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, 2-я беременность прервана по желанию матери). Масса тела при рождении – 3700 г, длина – 53 см. С 1 месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, периодически жирный стул.

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

Общий анализ крови: Нб – 108 г/л, эр. – $4,66 \times 10^{12}/л$, тромб. – $270 \times 10^9/л$, лейкоц. – $12,7 \times 10^9/л$, п/я – 11%, с/я – 42%, лимф. – 32%, эоз. – 5%, мон. – 10%, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 40 мл, отн. пл. – 1008, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Хлориды пота – 68 ммоль/л.

Генетическое обследование: αF508/G542X.

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

Посев мокроты на флору: Staphylococcus aureus $10^4/мл$.

Рентгенограмма легких: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, больше в области проекции правого легкого. Тень сердца не изменена. Легочные синусы свободны.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
4. Оцените данные потового теста у ребенка.
5. С какой целью проводилось генетическое обследование?
6. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
7. Прогноз.
8. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

Задача 13

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

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

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

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 34 в 1 мин. Над легкими перкуторный звук

с коробочным оттенком, аускультативно – масса сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв – 118 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, лимф. – 28%, эоз. – 14%, мон. – 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 100,0 мл, отн. пл. – 1016, слизи – нет, лейкоц. – 3-4 в п. зр., эр. – нет.

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

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка.
4. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?
5. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
6. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
7. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
8. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задача 1

Девочка, 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Не лечилась.

У матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнезы без особенностей.

Рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Нв – 122 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 51%, эоз. – 3%, лимф. – 35%, мон. – 10%, СОЭ – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 40,0 мл, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 40 г/л, холестерин – 3,4 ммоль/л, глюкоза – 3,2 ммоль/л, креатинин – 51,2 мкмоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, ЩФ – 350 Ед/л, АлАТ – 31 Ед, АсАТ – 38 Ед.

ЭГДС: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на слизистой множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекции (биопсия слизистой желудка): положительный (++)

Задание

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Перечислите основные методы диагностики НР.
3. В чем сущность дыхательного теста?
4. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.
5. Назначьте лечение.

Задача 2

Мальчик, 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время, изжога, отрыжка с кислым запахом, боли за грудиной, возникающие после еды и ночью.

Семейный анамнез: матери 38 лет, страдает гастритом; отцу 40 лет, болен хроническим гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) выявлен рак пищевода.

Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 5 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: рост 160 см, масса 50 кг. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 24 в 1 мин. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Анализ крови клинический: Hb – 126 г/л, эр. – $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 3%; с/я – 54%, эоз. – 3%; лимф. – 32%, мон. – 8%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет – светло-желтый, прозрачность полная, отн. пл. – 1023, рН – 6,0, белок, глюкоза – отс., эпителий плоск. – един. в п. зр., лейкоц. – 1-2 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 12%, γ – 18%, АсАТ – 28 Ед/л, АлАТ – 30 Ед/л, ЩФ – 78 Ед/л (N – 70-142), общий билирубин – 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сыв. – 16 мкмоль/л.

ФГДС: слизистая оболочка пищевода розовая, в нижней трети с гиперемией по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,6 см с наложениями фибрина. Кардия зияет. Складки кардиального сфинктера утолщены, определяется поперечная исчерченность. В просвете желудка слизь с примесью темной желчи. Слизистая оболочка желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, слизистая оболочка розовая. Слизистая оболочка постбульбарных отделов с гиперемией по верхушкам керкринговых складок, с единичными лимфангиоэктазиями на стенках.

Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В нижней трети пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в нижней трети пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в нижней трети пищевода.

Внутрижелудочная суточная рН-метрия: базальный уровень рН в пищеводе – 7 Ед (N – 4,1-7,0), в теле желудка 1,2-1,4 Ед (N – 1,6-2,0), в антральном отделе – 5 Ед (N – до 5). За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 Ед, что составляет 34% от исследуемого времени (N – 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 Ед.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Каков этиопатогенез заболевания?
4. С какой целью проводится рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
6. Каковы внепищеводные проявления заболевания?
7. Назначьте терапию.
8. Какие режимные рекомендации следует соблюдать ребенку?
9. В каких случаях требуется хирургическое вмешательство?

Задача 3

Мальчик, 2 года, поступил в отделение с жалобами на учащенный, разжиженный стул с примесью крови.

Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев у ребенка неустойчивый характер стула, причём имеет место ухудшение: в течение последних 2 месяцев стул учащен до 5-8 раз в сутки, кашицеобразный, со слизью и прожилками крови; беспокоят боли в животе, особенно перед дефекацией, похудение, слабость, снижение аппетита, субфебрильная температура, потеря веса (за 6 месяцев похудел на 3 кг). Амбулаторное лечение повторными курсами антибактериальной терапии, пробиотиками без отчетливого положительного эффекта. Анализы кала на патогенную кишечную группу отрицательны.

Ребенок доношенный, первый в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 6 месяцев отмечается атопический дерматит, пищевая сенсibilизация на белок коровьего молока, после года – непереносимость цитрусовых, шоколада.

Мать и отец ребёнка здоровы, у бабушки по линии матери лактазная недостаточность.

При осмотре: рост 85 см, масса 11,5 кг. Кожные покровы бледные, на лице, голених участки гиперемии со следами расчесов, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы – бледно-розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Сердце – тоны ясные, звучные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке, ЧСС – 106 уд/мин. Живот умеренно вздут, выраженная болезненность по ходу ободочной кишки, петли кишечника спазмированы, местами раздуты. Печень +1,5-2 см, край плотный, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анус податлив.

Анализ крови клинический: Hb – 92 г/л, эр. – $3,6 \times 10^{12}$ г/л, MCV – 25 пг, MCH – 22 фл, тромб. – $155,8 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $12,8 \times 10^9$ /л, ю – 1%, п/я – 6%, с/я – 43%, эоз. – 5%, лимф. – 36%, мон. – 9%, СОЭ – 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность полная, отн. пл. – 1020, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эпит. плоск. – немного, эр. – нет, оксалаты – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л, альбумин – 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 13%, β – 10%, γ – 21%, билирубин общий – 10 мкмоль/л, прямой – 1,5 мкмоль/л, ЩФ – 620 Ед, АЛАТ – 24 Ед/л, АсАТ – 34 Ед/л, амилаза – 60 Ед/л (N – до 120), сыв. железо – 8 мкмоль/л, ОЖСС – 75 мкмоль/л (N – 36-72), СРБ – 62 г/л.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона, лейкоц. – 12-20-30 в п. зр., эр. – 30-40 в п. зр., слизь – много.

Колоноскопия: осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка ободочной кишки на всём протяжении бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечная, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, округлые язвы до 0,6-0,8 см на стенках в восходящем и поперечно-ободочном отделах. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишок бледно-розовая, очагово гиперемирована, выраженная контактная кровоточивость. Взята лестничная биопсия.

Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: отек собственной пластинки, расширение и полнокровие капилляров, собственная пластинка с выраженной инфильтрацией нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. Имеются крипт-абсцессы, архитектоника крипт нарушена, имеется их частичная атрофия.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие данные анамнеза, лабораторно-инструментальных исследований подтверждают Ваш диагноз?
3. Какова степень тяжести заболевания у ребенка?
4. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
5. Каково основное патогенетическое лечение данной патологии?
6. Какие данные лабораторно-инструментальных исследований характеризуют

активность процесса?

7. Обоснуйте основные принципы лечения.
8. Назначьте диету ребенку. В чем ее суть?
9. Какие препараты являются выбором в лечении данного заболевания?
10. Можно ли проводить лечение в амбулаторных условиях?
11. Показания к назначению гормонотерапии.

Задача 4

Мальчик, 11 лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализирующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 мин после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца и кофе. Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 мин после приема но-шпы.

Из генеалогического анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок повышенного питания, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. При пальпации живота отмечают умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул осветленный, оформленный.

Анализ крови клинический: Нв – 130 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с/я – 62%, лимф. – 24%, мон. – 4%, эоз. – 2%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,5, отн. пл. – 1025, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр, эр. – нет, желчные пигменты – (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 18%, АлАТ – 50 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 60 Ед/л (N – до 40), ЩФ – 160 Ед/л (N – до 140), амилаза – 80 Ед/л (N – до 120), билирубин – 32 мкмоль/л, прямой – 20 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, порталная вена не изменена; желчный пузырь обычной формы, толщина стенок до 4 мм (N – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8×10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная, головка – 19 мм (N – до 18), тело – 15 мм (N – до 15), хвост – 20 мм (N – до 18).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Укажите дифференциально-диагностические критерии.
3. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Оцените общий анализ крови. Оцените биохимическое исследование крови.
5. Какова причина обострения заболевания? Какие предрасполагающие к этому заболеванию факторы можно выявить у больного?
6. Прокомментируйте данные УЗИ.
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
9. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.
10. Перечислите возможные осложнения заболевания.
11. Каковы показания к хирургическому вмешательству при данном заболевании и каковы его принципы?

Задача 5

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 года беспокоят боли в животе, локализирующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений – отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до двух месяцев. Учится в спецшколе по шестидневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать, 36 лет, больна гастритом; у отца, 38 лет, – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; у деда (по матери) – язвенная болезнь желудка.

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

Общий анализ крови: эр. – $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 72 г/л, ц.п. – 0,77; ретикул. – 50‰ – 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, Ht – 29%, лейкоц. – $8,7 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 50%, эоз. – 2%, лимф. – 34%, мон. – 8%, СОЭ – 12 мм/ч, тромб. – $390 \times 10^9/л$, время кровотечения по Дюку – 60 с, время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин, конец – 2,5 мин.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность полная; отн. пл. – 1024; рН – 6,0; белок, сахар – нет; эпит. пл. – немного; лейкоц. – 2-3 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 55%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%, АсАТ – 34 Ед/л, АлАТ – 29 Ед/л, ЩФ – 80 Ед/л (N – 70-142), общий билирубин – 16 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л, тимоловая проба – 3 Ед, амилаза – 68 Ед/л (N – 10-120), сыв. железо – 7 мкмоль/л.

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

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

ФГДС через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

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

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56×27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (N – 22), тело 18 мм (N – 14), хвост 27 мм (N – 20), паренхима повышенной эхогенности.

Коагулограмма: фактор VIII – 75%, фактор IX – 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Какие современные антисекреторные препараты Вы знаете? Укажите их положительные и отрицательные свойства.

Задача 6

Мальчик, 13 лет, болен около 1 года. Ребенок жалуется на схваткообразные боли в животе различной локализации, появляющиеся после приёма пищи, уменьшающиеся после акта дефекации. Кроме того, отмечаются резкое снижение аппетита, похудение и учащенный до 5 раз в сутки разжиженный стул с примесью слизи и небольшого количества гноя. В течение последнего месяца беспокоит трещина в области ануса, которая не рубцуется на фоне местного лечения. Родители ребёнка здоровы. У дедушки по линии отца признаки колита (не обследован).

При осмотре: рост – 148 см, масса – 37 кг, бледность кожных покровов, слабо развитая подкожно-жировая клетчатка. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 90 в мин. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, петли которой спазмированы. Выраженная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре ануса – трещина с подрытыми краями. Печень +0,5, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв – 108 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 330×10^9 /л, лейкоц. – 12×10^9 /л, п/я – 6%, с/я – 70%, эоз. – 2%, лимф. – 17%, мон. – 5%, СОЭ – 18 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, отн. пл. – 1021, рН – 5,0, белок – нет, сахар – нет, эпит. плоск. – немного, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 11%, γ – 22%, билирубин общий – 12 мкмоль/л, связанный – 10 мкмоль/л, АлАТ – 22 Ед/л, АсАТ – 42 Ед/л, ЩФ – 430 Ед/л (N – до 600), амилаза – 80 Ед/л (N – до 120), сыв. железо – 12 мкмоль/л, ОЖСС – 72 мкмоль/л, СРБ – 90 мг/л.

Копрограмма: цвет – темно-коричневый, неоформленный, рН – 7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоц. – 20-25 в п. зр., эр. – 5-7 в п. зр., реакция Грегерсона слабоположительная.

Колоноскопия: осмотрена ободочная и 40 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка последней – бледно-розовая, в терминальных отделах с выраженной гиперплазией лимфатических фолликулов в виде «пакетов», принимающих вид «булыжной мостовой». Баугиниевая заслонка зияет, слепая кишка обычной формы, слизистая оболочка розовая. Ободочная кишка представлена мозаичным чередованием неизменной слизистой оболочки с участками отечной гиперемированной, легкоранимой слизистой оболочки с множественным чередованием поражённых и неизменённых участков. На слизистой оболочке слепой и ободочной кишки глубокие щелевидные язвы, продольные, расположенные вдоль теней кишки, ободочная кишка ригидна. Взята лестничная биопсия.

Гистологическое обследование фрагментов слизистой оболочки толстой кишки: поражены все оболочки кишечной стенки, имеется глубокий фиброз, инфильтрация стенки макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами. Определяются эпителиоцитные гранулы с клетками Пирогова – Лангерганса.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз на основании анамнеза и данных лабораторно-инструментальных обследований.
3. Укажите характерные эндоскопические признаки данного заболевания.
4. Какие дополнительные исследования следует провести?
5. Какая степень активности заболевания у пациента, почему?
6. Назначьте лечение.
7. Какие базисные препараты используются в лечении?
8. Каково необходимое диспансерное наблюдение?
9. Каковы осложнения, характерные для данной патологии?

Задача 7

Мальчик, 13 лет. В течение 1,5 года у ребенка наблюдаются периодические приступы болей в околопупочной области и области левого подреберья с иррадиацией в спину, реже – опоясывающего характера. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной, особенно жирной пищей. Настоящий приступ развился в течение

последних суток и характеризуется сильными болями в околопупочной области с иррадиацией в спину, многократной рвотой, учащенным кашицеобразным стулом обычного цвета.

Из генеалогического анамнеза известно, что у матери ребенка был диагностирован хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит, хронический панкреатит, сахарный диабет 2-го типа.

При осмотре: масса – 26 кг, рост – 136 см. Кожа бледная, чистая, сухая. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено, за исключением умеренной тахикардии. Живот умеренно вздут в верхних отделах, болезненный в эпигастральной области, в зоне Шоффара, в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень пальпируется у края реберной дуги, край безболезненный. Пальпация в области желчного пузыря слегка болезненная.

Анализ крови клинический: Нб – 124 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,6 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 51%, лимф. – 36%, мон. – 6%, эоз. – 3%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,0, отн. пл. – 1021, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет, желчные пигменты – (-).

Биохимическое исследование крови: общий белок – 78 г/л, альбумины 52%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 14%, β – 13%, γ – 16%, АЛАТ – 50 Ед/л, АсАТ – 60 Ед/л, ЩФ – 150 Ед/л (N – до 140), амилаза – 240 Ед/л (N – до 120), билирубин – 16 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л.

Диастаза мочи: 256 Ед (N – 32-64 Ед).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность обычная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь с перегибом в области шейки, толщина стенок до 2 мм (N – до 2 мм), поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная с гиперэхогенными участками, головка – 24 мм (N – до 18), тело – 21 мм (N – до 15), хвост – 26 мм (N – до 18).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?
3. Оцените общий анализ крови. Оцените биохимическое исследование крови.
4. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
5. Какие дополнительные методы исследования потребуются для уточнения этиологии заболевания?
6. Какие исследования следует провести для выявления возможной экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
9. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.

Задача 8

Девочка, 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Семейный анамнез не отягощен. Летом девочка жила у бабушки в деревне.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта – заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой

подвздошной области. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нб – 110 г/л, эр. – $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 51%, эоз. – 9%, лимф. – 25%, мон. – 10%, баз. – 3%, СОЭ – 11 мм/ч.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Каков биологический цикл развития возбудителя этого заболевания?
4. Перечислите возможные осложнения заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Каковы методы профилактики данного заболевания?

Задача 9

Ребенок, 1,5 года, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности, 3-х родов (1-й ребенок умер от кишечной инфекции, 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные. Масса при рождении – 3500 г, длина – 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее – искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 1 года масса – 10 кг 500 г, рост – 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в весе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Масса – 9,5 кг, рост – 80 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 уд. в 1 мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нб – 102 г/л, эр. – $3,6 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $216,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $4,3 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 64%, эоз. – 1%, лимф. – 27%, мон. – 4%, СОЭ – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция – кисл., эпит. – единичный, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумины – 40%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 20%, γ – 25%, мочевины – 3,7 ммоль/л, билирубин – 7,0 мкмоль/л, холестерин – 1,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, ЩФ – 430 Ед/л (N – 50-400).

Копрограмма: форма кашицеобразная, цвет – желтый, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – много.

Пилюкарпиновая проба: хлориды пота – 39 мэкв/л.

Рентгенография брюшной полости: в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки – 3×10^8 (N – 3×10^8 - 4×10^8), кокковая флора – 10% (N – до 25%), бифидобактерии – 10^2 (N – более 10^7).

Липидограмма крови: общие липиды – 440 мг% (N – 450-700), фосфолипиды – 90 мг% (N – 100-160), триглицериды – 108 мг% (N – 160-190).

Липидограмма кала: общие липиды – 1380 мг% (N – 790), моноглицериды – 173 (N – 0), диглицериды 53 мг% (N – 38).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены. Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощенных складок в виде налета «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощенными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Исследование кала на сывороточный белок: реакция положительная.

Углеводы в кале: 1,1 г% (N – 0,05-0,5).

Тест с D-ксилозой: через 30 мин – 1,2 ммоль/л, через 60 мин – 1,5 ммоль/л, через 120 мин – 1,3 ммоль/л.

Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие серологические методы необходимо использовать для подтверждения основного диагноза? Могут ли возникнуть затруднения в трактовке результатов серологических методов исследования при соблюдении больным диеты? При дефиците IgA?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
5. Объясните причину изменения поведения ребенка.
6. Чем объясните карпопедальный спазм у ребенка?
7. Объясните причину появления отекающего синдрома.
8. Проанализируйте копрограмму. Какие изменения характерны для поражения поджелудочной железы? Что указывает на нарушение всасывания?
9. Назначьте диету ребенку. Как долго должен находиться ребенок на специальной диете? Что такое «явный глютен», «скрытый глютен»?
10. Нужны ли жирорастворимые витамины ребенку? Укажите наиболее эффективный способ введения витамина А, витамина Е при этом заболевании.

Задача 10

Ребенок, 1,5 года, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом в 1-й половине, 2-х срочных родов. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса – 10 кг, рост – 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились в 6 месяцев при введении каши на цельном молоке. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привели к быстрому улучшению состояния, 2 дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не любят молоко.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела – 11 кг, рост – 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/8, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца

ритмичные. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Анализ крови клинический: НЬ – 120 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,1 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 33%, эоз. – 3%, лимф. – 52%, мон. – 10%, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, отн. пл. – 1015; лейкоц. – 2-3 в п. зр.; эр. – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 61%, холестерин – 5,8 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизиров. – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Углеводы в кале: 0,8 г% (N – 0,05-0,5).

Гликемические кривые после нагрузки:

– с Д-ксилозой: через 30 мин – 1,5 ммоль/л, через 60 мин – 2,5 ммоль/л, через 90 мин – 2,2 ммоль/л;

– с глюкозой: натощак – 4,5 ммоль/л, через 30 мин – 4,8 ммоль/л, через 60 мин – 6,8 ммоль/л, через 90 мин – 5,6 ммоль/л, через 120 мин – 4,6 ммоль/л;

– с лактозой: натощак – 4,3 ммоль/л, через 30 мин – 4,6 ммоль/л, через 60 минут – 4,8 ммоль/л, через 90 мин – 4,7 ммоль/л, через 120 мин – 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Копрограмма: цвет – желтый, консистенция – кашицеобразная, мышечные волокна – единично, жирные кислоты – незначительное количество, крахмал – немного, йодофильная флора – немного.

Исследование кала на дисбактериоз: снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

УЗИ органов брюшной полости: печень не изменена, поджелудочная железа несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования проводятся в настоящее время для подтверждения диагноза?
3. Какая диета необходима при проведении анализа кала на углеводы?
4. Почему не любят молоко родственники ребенка?
5. Назначьте правильную диету.
6. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?
7. Какие смеси, не содержащие лактозу, Вы знаете?
8. Ваш прогноз.

Задача 11

Мальчик, 15 лет. Жалобы на периодически возникающие отрыжку воздухом, периодические боли в животе в области пупка, проходящие после дефекации, метеоризм, задержку стула до 2-3 дней, головные боли и головокружения.

Из анамнеза известно, что боли в животе обычно с едой не связаны, но возникают на фоне переживаний, например, перед контрольными работами, экзаменами в школе. Мальчик активен, подвижен, эмоционально лабилен.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые. Белый дермографизм. Зев не гиперемирован. Язык покрыт белым налетом у корня, влажный. В легких дыхание симметрично проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный, на верхушке выслушивается систолический шум функционального характера. АД – 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул в день осмотра оформленный, фрагментированный, по типу «овечьего кала». Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови: без изменений.

Кал на скрытую кровь: отрицательный.

Копрограмма: без патологических изменений.

Исследование на яйца гельминтов: отрицательное.

ФГДС: Антральный гастрит. Дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс.

Дыхательный тест для определения инфекции H.pylori: отрицательный.

Фиброколоноскопия: патологии не выявлено.

Рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием. Заключение: недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс до средней трети пищевода. Гастрит. Дуоденобульбарный рефлюкс. Дуоденит.

Ультразвуковое исследование: печень не увеличена, паренхима с насыщенным сосудистым рисунком. Контуры ровные, капсула не изменена. Поджелудочная железа не увеличена, паренхима умеренно неоднородна. Контуры ровные, капсула не изменена. Желчный пузырь: стенки плотные, пристеночный осадок. Селезенка без особенностей. Почки расположены обычно, контуры ровные, размеры соответствуют возрасту, паренхима однородная.

Электроэнцефалография: в конвекситальных отделах полушарий регистрируются общемозговые изменения биоэлектрической активности, свидетельствующие о незначительном снижении функционального состояния коры больших полушарий. Амплитуда биоэлектрической активности несколько снижена. Альфа-ритм отсутствует. Диффузно регистрируются медленные формы активности тета-диапазона. Локальные и пароксизмальные формы активности не выявляются.

Невропатолог: синдром вегетососудистой дистонии по смешанному типу. Церебрастенический синдром. Головные боли по типу мигренозных расстройств. Функциональная кардиопатия.

Задание

1. Сформулируйте окончательный диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Требуется ли дополнительное обследование? Если да, то какие?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Укажите дифференциально-диагностические критерии.

5. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
6. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
7. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
8. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.

Задача 12

Ребенок, 5,5 года, поступил в отделение с жалобами на задержку стула до 2-4-х дней, болезненную дефекацию, стул по типу «овечьего», снижение аппетита на фоне задержки стула, периодически повторяющееся урчание и повышенное газообразование, алую кровь на поверхности стула в виде капель.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне анемии, гестоза в 1-й половине, 2-х срочных родов. Масса при рождении – 3300 г, длина – 51 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм введен по возрасту. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса – 10 кг, рост – 75 см.

Из перенесенных заболеваний обращает внимание на себя ротавирусная инфекция в возрасте 1,5 года, частые острые респираторные заболевания с момента посещения дошкольного учреждения. Наследственность отягощена заболеваниями органов пищеварения (у мамы – хронический гастродуоденит, у деда по линии матери – язвенный колит).

Анамнез болезни: впервые задержки стула стали появляться с двухлетнего возраста с момента посещения дошкольного учреждения. Сначала задержки стула были эпизодическими (1-2 раза в месяц). В течение последних 2 лет стула было до 2-4 дней, при этом дефекация вызывалась ректальными свечами с глицерином. Появилась боязнь горшка. В летнее время на фоне расширения рациона овощами и фруктами появлялся

мягкооформленный стул. В течение последнего года до госпитализации на фоне сохраняющихся задержек стула и появления болезненной дефекации появились эпизоды крови в стуле (алая кровь на поверхности стула в виде капель, однократно был эпизод крови в стуле в объеме до 10 мл). Обследование и лечение не проводились.

При осмотре: масса – 17 кг, рост – 106 см. Кожа бледная, чистая, сухая. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут в верхних отделах, болезненный по ходу кишечника. Печень пальпируется у края реберной дуги, край безболезненный. Симптомы холепатии слабо положительные.

Анализ крови клинический: Нб – 124 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $6,6 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 41%, лимф. – 46%, мон. – 6%, эоз. – 3%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,0, отн. пл. – 1021, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – нет, желчные пигменты – (-).

Биохимическое исследование крови: общий белок – 78 г/л, альбумины 52%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 8%, β – 13%, γ – 16%, АЛАТ – 27 Ед/л, АсАТ – 32 Ед/л, ЩФ – 150 Ед/л (N – до 140), амилаза – 70 Ед/л (N – до 120), билирубин – 16 мкмоль/л, прямой – 3 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность обычная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь с перегибом в области шейки, толщина стенок до 2 мм (N – до 2 мм), поджелудочная железа: паренхима эхооднородная, не увеличена, определяются множественные реактивно измененные мезентериальные лимфоузлы размером до 16×5 мм.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?
3. Какие дополнительные методы исследования потребуются для уточнения этиологии заболевания?
4. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
5. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
9. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.

КАРДИОЛОГИЯ

Задача 1

Больная Н., 4 года, планоно поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С 3 месяцев и в настоящее время находилась в доме ребенка.

При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правой парастернальной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд./мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД – 40 в 1 мин, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает на 3 см из-под реберного края.

Клинический анализ крови: Нб – 148 г/л, эр. – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,3 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 21%, эоз. – 1%, лимф. – 70%, мон. – 4%, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1014, белок – отс., глюкоза – отс., эпит. плоск. – немного, лейкоц. – 0-1 в поле зрения, эр. – отс.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, фосфор – 1,5 ммоль/л, АЛАТ – 23 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (N – до 40), СРБ – 1 мг/л.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
4. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Сроки оперативного лечения.
7. С какой целью проводилась новорожденному ребенку закрытая атриосептостомия?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
9. Назовите неблагоприятные факторы, способствующие формированию врожденных пороков сердца у детей?
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков синего типа?

Задача 2

Мальчик Т., 12 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,2 кг), появление одышки и усиление цианоза при физической нагрузке и плаче.

Анамнез: недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов – с 6-месячного возраста. При кормлении быстро устает, вплоть до отказа от груди. Бронхитом и пневмонией не болел.

При осмотре: кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком, выраженным акроцианозом. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой срединно-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 150 в 1 мин, ЧД – 56 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: Ht – 50% (N – 31-47%), Hb – 172 г/л, эр. – $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $7,1 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 26%, эоз. – 1%, лимф. – 64%, мон. – 6%, СОЭ – 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, отн. пл. – 1004, белок, глюкоза – отс., эпителий – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – отс., цилиндры – отс., слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 4,9 ммоль/л, холестерин – 3,4 ммоль/л, калий – 4,7 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, фосфор – 1,6 ммоль/л, АЛАТ – 28 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, СРБ – 1 мг/л.

КОС: pO_2 – 62 мм рт.ст. (N – 80-100), pCO_2 – 50 мм рт.ст. (N – 36-40), pH – 7,29, BE = - 8,5 ммоль/л (N – -2,0 - +2,0).

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования следует использовать для уточнения диагноза?
3. В какие сроки жизни появляется диффузный цианоз при этом пороке – с рождения или позже? Почему?
4. Чем объяснить наличие у ребенка тахикардии и одышки?
5. Какие изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
6. Показано ли назначение сердечных гликозидов? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в данной ситуации?
7. Определите терапевтическую тактику.

Задача 3

Девочка, 11 лет, поступила впервые в связи с повышением АД до 160-170/90-100 мм рт. ст., головной болью, головокружением, потемнением в глазах после психоэмоциональных и физических нагрузок. С детства периодически носовые кровотечения, после которых головная боль проходит.

Анамнез: девочка от 3-й беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в III триместре, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 52 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. С 1 года 4 месяцев наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На Эхо-КГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечают: возбудимость, мраморность дистальных отделов кожных покровов, похолодание стоп, умеренный акротрофогипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца – усиление I тона на верхушке, акцент II тона, во II межреберье справа от грудины выслушивается систолический шум с р.мах. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,1 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, лимф. – 30%, эоз. – 2%, мон. – 3%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1021, белок и глюкоза – отс., лейкоц. 3-4 в п.зр., эр. – нет, эпит. плоск. – ед. в п.зр., слизи – мало, оксалатов – мало.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, альбумины – 62 г/л, глобулины – 20 г/л, креатинин – 56 мкмоль/л, мочевины – 2,7 ммоль/л, АЛАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 34 Ед/л, глюкоза – 3,57 ммоль/л, холестерин – 4,06 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, кальций общ. – 2,32 ммоль/л, фосфор – 1,29 ммоль/л, альфа-амилаза – 40 Ед/л, ЩФ – 262 Ед/л (N – 70-140).

ЭКГ: повышение электрической активности биопотенциалов левого желудочка, сглаженность зубца Т в отведениях V 5-6.

Эхо-КГ: пролапс митрального клапана I степени, регургитация 1 +.

СМАД: превышение показателей среднедневного и средненочного САД.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите основные клинические симптомы и результаты инструментальных исследований, позволившие сформулировать основной диагноз.
3. Какие ещё исследования необходимо провести?
4. Как в норме соотносится АД на руках и на ногах?
5. Укажите нормальные значения АД и ЧСС для девочки 11 лет.
6. Назовите группы гипотензивных препаратов, используемых в педиатрии.
7. Какие органы-мишени поражаются при артериальной гипертензии?
8. Какова тактика при лечении этого ребенка?

Задача 4

Девочка И., 11 лет, направлена для обследования в связи с тем, что во время диспансеризации в школе аускультативно были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Девочка жалоб не предъявляла.

Анамнез: ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически, срочных стремительных родов. Раннее развитие без особенностей. Врачами-специалистами не наблюдалась. Учебные нагрузки большие. Сон по времени недостаточный.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит хорошо. Со стороны лимфатической и дыхательной систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно – тоны сердца удовлетворительной громкости. Выслушиваются экстрасистолы до 5-7 в 1 мин. ЧСС – 77 в 1 мин. В ортостазе и после физической нагрузки (10 приседаний) экстрасистолы исчезают. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Клинический анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, лимф. – 31%, мон. – 4%, СОЭ – 7 мм/ч.

ЭКГ: синусовый ритм с частотой 77-80 в 1 мин, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с предшествующим отрицательным зубцом Т в отведениях I, II, aVL, с полной компенсаторной паузой. После физической нагрузки и в ортостазе экстрасистолы исчезают.

Эхо-КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Фракция выброса левого желудочка составляет 70%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы возможные причины развития изменений со стороны сердца?
3. Какие обследования следует провести пациенту?
4. Какие положения следует уточнить в анамнезе?
5. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
6. При каких органических заболеваниях других органов возможны выявленные изменения со стороны сердца?
7. Какие функциональные пробы следует проводить детям с экстрасистолией?
8. Какой прогноз у данного пациента?
9. Какую терапию Вы предложите ребенку?

Задача 5

Больной Д., 1 год 5 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Анамнез: мальчик от 2-й беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался в соответствии с возрастом. Ходит с 11 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 3 месяцев перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела 37,2-37,5°C. С этого времени мальчик стал вялым, уставал «ходить ножками». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания.

В общем анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоц. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 47%, эоз. – 1%, баз. – 1%, мон. – 3%, лимф. – 43%, СОЭ – 11 мм/час.

Был госпитализирован с диагнозом «Железодефицитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених – отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах – влажные хрипы. ЧД – 60 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд. в мин. Печень + 7 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, эоз. – 1%, баз. – 1%, лимф. – 40%, мон. – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1015, белок, глюкоза – отс., лейкоц. – 1-2 в п./зр., эр. – отс.

Задание

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите возможные изменения на ЭКГ.

5. Чем Вы можете объяснить отечность голеней, увеличение размеров печени?
6. Чем можно объяснить появление одышки у данного больного?
7. Назначьте лечение данному больному.
8. Какие ошибки были допущены на догоспитальном этапе ведения данного больного?

Задача 6

Девочка Т., 8 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появились повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до 37,5-38,2°C. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлено. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательной систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 46%, лимф. – 48%, мон. – 2%, эоз. – 2%, СОЭ – 10 мм/ч.

Иммунологические показатели: АСЛ-О – 1:2500.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1015, белок, глюкоза – отс., лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – отс.

ЭКГ: ЧСС – 88 в 1 мин. Ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Что является показанием к назначению кортикостероидной терапии?
7. Перечислите мероприятия по профилактике рецидивов настоящего заболевания.

Задача 7

Больной Ж., 13 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, сердцебиение, утомляемость, субфебрильную температуру.

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

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин при ходьбе, уменьшается до 24 в 1 мин в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется

систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений – 100 уд. в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

Клинический анализ крови: Нб – 112 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 59%, эоз. – 3%, лимф. – 28%, мон. – 3%, СОЭ – 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1015, белок – следы, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – отс.

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Назначьте лечение.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Оцените показатели АД и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
8. Какими методами можно выявить наличие скрытых отеков?

Задача 8

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

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

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

Клинический анализ крови: Нб – 102 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $13,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 37%, лимф. – 50%, мон. – 3%, эоз. – 3%, СОЭ – 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1015, белок – 0,05 г/л, глюкоза – отс., лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – отс.

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Каков прогноз данного заболевания, чем он определяется?
5. Почему именно данный вариант дефекта межжелудочковой перегородки осложнился появлением указанного заболевания?
6. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
7. Назначьте лечение.

Задача 9

Больная О., 15 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Анамнез: началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, ограничение объема движений в них. На фоне приема Нурофена состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес – 33 кг, рост – 149 см. Выраженная амиотрофия. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: отмечается припухлость проксимальных межфаланговых суставов II, III, IV пальцев правой руки, II, III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II, III пальцев левой стопы, деформация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов, больше справа, ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 мин. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв – 105 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,6 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 44%, эоз. – 2%, лимф. – 47%, мон. – 3%, СОЭ – 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1016, белок – 0,06 г/л, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – отс.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 11%, α_2 – 10%, β – 5%, γ – 26%; СРБ 85 мг/л, АЛАТ – 32 Ед/л, АсАТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

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

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?
6. Назначьте лечение.
7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
8. Показано ли проведение в данном случае пульс-терапии?
9. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
10. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

Задача 10

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

Из анамнеза известно, что мальчик развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но в последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: у матери – нейроциркуляторная дистония, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Температура нормальная. Кожные покровы чистые с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 60 уд. в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Орнтера слабоположительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: Нв – 125 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 53%, эоз. – 6%, лимф. – 35%, мон. – 2%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1025, белок – отс., лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – отс.

Биохимический анализ крови: СРБ – 60 мг/л, АСЛ-О – 1:625, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АЛАТ – 40 Ед/л, АсАТ – 35 Ед/л.

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

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Консультации каких специалистов необходимы данному больному?
4. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
5. Обоснуйте Ваше мнение относительно причины кардиалгий у больного.
6. Каковы принципы лечения данного заболевания?
7. Каков прогноз данного заболевания?
8. Чем определяется тяжесть заболевания?

Задача 11

Больная М., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечались несколько раз в месяц, проходили после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. ЧСС – 96 уд. в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД – 150/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, эоз. – 2%, лимф. – 30%, мон. – 3%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1024, белок – отс., лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – отс.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, β – 12%, γ – 15%, СРБ – 5 мг/л, АЛАТ – 32 Ед/л, АсАТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

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

Задание

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

Задача 12

Девочка П., 13 лет, поступила в отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез: начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета отдыхала в Египте, после чего самочувствие ухудшилось, появились артралгии.

Анамнез жизни без особенностей: росла и развивалась нормально, болела 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими с субфебрильной температурой. Семейный анамнез отягощен ревматическими заболеваниями: у мамы ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана.

При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные со следами загара, видимые слизистые оболочки бледные. На лице с преимущественной локализацией на щеках и переносице отмечается бледная эритематозно-дескваматозная сыпь. Хейлит, заеды.

Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Отмечаются припухлость и болевое ограничение объема движений в обоих лучезапястных, локтевых и голеностопных суставах. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, изменчивый систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв – 100 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $2,6 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 61%, эоз. – 2%, лимф. – 32%, мон. – 3%, тромб. – 155×10^9 /л, СОЭ – 52 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1012, белок – 0,6 г/л, лейкоц. – 4-6 в п. зр., эр. – 35-40 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 5%, γ – 32%; СРБ – 120 мг/л, АлАТ – 28 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 моль/л, креатинин – 87 мкмоль/л.

Проба по Зимницкому: отн. пл. – 1006-1014, дневной диурез – 320, ночной диурез – 460.

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

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания
3. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
4. Какие еще обследования следует провести больному?
5. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение.
8. Нуждается ли данный ребенок в гормональной терапии?
9. Показано ли в данном случае проведение пульс-терапии?

НЕФРОЛОГИЯ

Задача 1

Девочка, 5 лет, от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре и нефропатией в III триместре. Роды 2-е, в срок. Масса при рождении – 3800 г, длина – 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ болеет редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появились резкая боль в поясничной области, озноб, желтушность кожи, моча темного цвета, температура тела повысилась до 39°C, была двукратная рвота.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС – 100 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 4 см из-под края ребер. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретик – 8%, тромб. – $70,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $15,7 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 70%, лимф. – 19%, мон. – 9%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 20,0 мл, цвет – темно-коричневый, отн. пл. – 1008, белок – 0,66 г/л, лейкоц. – 4-6 в п. зр., эр. – до 100 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ – ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л,

глюкоза – 4,5 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 ммоль/л (N – до 100), калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину (по формуле Шварца): 19 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференцированный диагноз.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

Задача 2

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

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в III триместре. Роды в срок. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощен. Привит по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

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

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

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, лейкоц. – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 71%, э – 1%, лимф. – 18%, мон. – 3%, тромб. – $530,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – 1,5 г/л, эр. – все п. зр., лейкоц. – 1-2 в п. зр., гиалиновые цилиндры – 1-2 в п. зр.

Посев мочи на стерильность: роста нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 3,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин – 90,0 мкмоль/л, СРБ – 80 мг/л, калий – 5,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноз – 25 мин, остальные показатели в норме.

Клиренс по эндогенному креатинину: 65 мл/мин.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка – 122×50 мм, паренхима – 17 мм. Правая почка – 125×47 мм, паренхима – 16 мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Задание

1. Проставьте диагноз.
2. Какова Ваша тактика дальнейшего обследования?
3. Какова Ваша тактика лечения?

Задача 3

Мальчик, 8 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев».

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсокозом 1-й половины, 1-х срочных родов. Масса при рождении – 3150 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной

окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: Нб – 125 г/л, эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,3 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, эоз. – 5%, лимф. – 24%, мон. – 6%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 70,0 мл, цвет – красный, прозрачность – неполная, реакция – щел., отн. пл. – 1023, эпит. – 1-2 в п. зр., эр. – измененные, покрывают все п. зр., лейкоц. – 2-3 в п. зр., цилиндры – зернистые 3-4 в п. зр., белок – 0,99 г/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 17%, β – 12%, γ – 15%, мочевины – 17,2 ммоль/л, креатинин – 187 мкмоль/л, калий – 5,21 ммоль/л, натрий – 141,1 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, β -липопротеиды – 2,0 г/л.

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

УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. Чашечно-лоханочная система имеет обычное строение.

Задание

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Назначьте необходимое лечение.

Задача 4

Девочка, 11 лет, поступила в больницу с жалобами на тошноту, головную боль, бурое окрашивание мочи.

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, от 2-х срочных неосложненных родов. Масса тела – 3450 г, длина – 52 см. Ранее развитие без особенностей, до года не болела, после года болела ОРВИ 3-4 раза в год, перенесла ветряную оспу, корь, дважды – ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 13 лет, страдает хроническим гастродуоденитом.

В возрасте 5 лет после ОРВИ у девочки появились отеки, повышение АД до 130/90 мм рт. ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Получала терапию диуретиками, гипотензивными препаратами, гепарин, курантил, преднизолон, в 9-летнем возрасте проведен 1 курс цитостатиков. Эффект от лечения частичный в виде исчезновения отеков и снижения АД; постоянно сохранялись гематурия и протеинурия до 1-2 г в сутки. В последнее время АД стойко держалось на уровне 150/100 мм рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечено после перенесенного гриппа.

Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, с сероватым оттенком. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. АД – 155/100 мм рт. ст. В легких хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3-му ребру, правая – по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 72 в мин. Выслушивается негрубый систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диурез 450 мл в сутки, моча мутная, бурого цвета.

Клинический анализ крови: Нб – 90 г/л, эр. – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $280,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $6,6 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 56%, эоз. – 1%, лимф. – 39%, мон. – 2%, СОЭ – 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1011, белок – 4,5 г/л, эр. – измененные, покрывают все п. зр., лейкоц. – 10-15 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 48 г/л, альбумины – 25 г/л, СРБ – 120 мг/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину (по формуле Шварца): 42 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, уменьшены в размерах, плохо дифференцируются от окружающей ткани, контуры неровные. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените функцию почек и стадию ХБП.
3. Какие исследования необходимы для оценки канальцевой функции почек?
4. Каков генез анемии у больной?
5. Назначьте лечение.
6. Какая диета необходима больной?
7. Какая симптоматическая терапия показана больному?
8. Каков прогноз заболевания?

Задача 5

Мальчик, 6 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Родился от 3-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, 3-х срочных родов. Масса при рождении – 3800 г, длина – 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенной ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, отмечался положительный эффект от лечения преднизолоном. В дальнейшем дважды на фоне ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, левая – на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 128 в 1 мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см. из-под реберного края. Диурез – 120-150 мл/сут.

Клинический анализ крови: Нб – 111 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $13,1 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 53%, эоз. – 2%, лимф. – 38%, мон. – 2%, СОЭ – 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция – кисл., белок – 3,3 г/л, лейкоц. – 3-5 в п. зр., эр. – 0-1 в п. зр., цилиндры: гиалиновые – 5-6 в п. зр., зернистые – 3-4 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 35 г/л, альбумины – 45%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 30%, β – 10%, γ – 10%, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л.

Анализ мочи на суточный белок: потеря белка – 6,7 г/сут. (N – до 0,2 г/сут.).

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

Биопсия почек: минимальные изменения.

Задание

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Каков генез отечного синдрома при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
6. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 6

Мальчик Т., 16 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении – 2800 г, длина – 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году рос и развивался нормально, привит по возрасту. Болеет ОРВИ 2-3 раза в год. Аллергический анамнез не отягощен.

В возрасте 3 лет после перенесенной ОРВИ в моче были выявлены гематурия (эритроциты покрывали всё поле зрения), следовая протеинурия, при этом самочувствие мальчика оставалось удовлетворительным. С диагнозом «Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом» ребенок был госпитализирован в стационар по месту жительства, где получил соответствующее лечение, которое не привело к выздоровлению (постоянно отмечалась гематурия).

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

Из семейного анамнеза известно, что у бабушки ребенка со стороны матери в течение всей жизни отмечается изолированная гематурия (до 60-100 эр. в п. зр.), родной брат матери умер в возрасте 23 лет от хронической почечной недостаточности, страдал снижением слуха и катарактой.

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

Клинический анализ крови: Hb – 95 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $7,0 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 66%, эоз. – 1%, лимф. – 23%, мон. – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – розовый, прозрачность – неполная, реакция – щел., отн. пл. – 1010, белок – 1,5 г/л, эр. покрывают все п. зр., лейкоц. – 0-1 в п. зр., цилиндры – 4-5 в п. зр. (эритроцитарные).

Проба по Зимницкому: колебания отн. пл. от 1003 до 1012, дневной диурез – 270 мл, ночной диурез – 500 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевины – 10,5 ммоль/л, креатинин – 125 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Скорость клубочковой фильтрации (по формуле Шварца): 63 мл/мин.

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

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких и низких частотах.

Консультация окулиста: катаракта I степени, миопия.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каков тип наследования патологии при этом заболевании?
4. На основании каких критериев ставится диагноз заболевания? Какие из них имеют место у данного больного?
5. Оцените функцию почек у данного больного и определите стадию хронического заболевания почек.
6. Каковы, на Ваш взгляд, причины анемии у данного больного?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Назначьте лечение. Показано ли применение глюкокортикоидов?
9. Каков прогноз заболевания?

Задача 7

Мальчик, 7 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в III триместре. На сроке 5 недель мать болела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении – 2900 г, длина – 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ – 3-4 раза в год, ветряная оспа. Генеалогический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами.

В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в анализах мочи: отн. пл. – 1002-1008, протеинурия.

Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» нёбо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС – 90 уд. в 1 мин. АД – 100/55 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальпируется нижний полюс правой почки.

Клинический анализ крови: Hb – 102 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 64%, эоз. – 4%, лимф. – 23%, мон. – 6%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 200 мл, цвет – желтый, реакция – щел., отн. пл. – 1004, белок – 0,02 г/л.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания отн. пл. 1003-1009, ДД – 450 мл, НД – 520 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 59%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 8%, β – 13%, γ – 15%; мочевины – 17,9 ммоль/л, креатинин – 183 мкмоль/л, калий – 5,16 ммоль/л, натрий – 142,3 ммоль/л.

КОС: pH – 7,3, BE = -12 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок – 600 мг/сут, аммиак – 22 ммоль/сут. (N – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут. (N – 48-62), углеводы – 9,76 ммоль/сут. (N – до 1,11).

Скорость клубочковой фильтрации (по формуле Шварца): 50 мл/мин.

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, в паренхиме визуализируются множественные эконегативные образования округлой формы с четкими ровными контурами, размером от 5 до 20 мм (кисты).

Задание

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

2. Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует включить в план обследования ребенка?

3. Имеются ли изменения в показателях относительной плотности мочи? Если да, то какого характера, каков генез их возникновения и о нарушении какой функции почек они свидетельствуют?

4. Укажите на имеющиеся изменения в кислотно-основном состоянии. С нарушением какой функции почек связано их появление?

5. Каков механизм происхождения анемии у больного?

6. Назначьте лечение.

7. Каков прогноз заболевания?

Задача 8

Девочка, 8 лет, поступила в отделение по поводу болей в пояснице, учащенного мочеиспускания, повышения температуры до фебрильных цифр.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39-й неделе. Масса при рождении – 3300 г, длина – 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

За две недели до появления симптомов настоящего заболевания перенесла грипп. В дальнейшем жаловалась на учащение и болезненность в конце мочеиспускания, появление болей в пояснице и мутную мочу. В начале заболевания температура тела была 37,2-37,4°C,

со 2-го дня повысилась до 38-39°C. Катаральных явлений не отмечено. В течение последующих 3-х дней продолжала лихорадить, сохранялась дизурия.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожа бледная, отеков нет. Температура тела 38,6°C. Симптом поколачивания положительный справа. Пальпация в области проекции правой почки и над лобком – болезненна. Мочеиспускания учащенные, болезненные.

Общий анализ крови: Нб – 136 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $11,4 \times 10^9$ /л, п/я – 13%, с/я – 60%, лимф. – 19%, мон. – 8%, СОЭ – 40 мм в ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозр. – неполная, рН – 5,5, белок – 0,066 г/л, лейкоц. покрывают все п. зр., эр. – 1-3 в п. зр., много бактерий.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, СРБ – 86 мг/л

Посев мочи на стерильность: рост кишечной палочки в титре 10^5 в 1 мл.

УЗИ почек и мочевого пузыря: почки расположены правильно, левая – $81 \times 38 \times 27$ мм, правая – $80 \times 35 \times 25$ мм. Стенки лоханок уплотнены, слоистые с обеих сторон. Правая лоханка до микции – 16 мм, после микции – 14 мм, левая лоханка 5 и 3 мм соответственно. Мочевой пузырь: объем – 160 см³, стенки утолщены, уплотнены, остаточная моча – 15 мл.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Опишите этиопатогенез данного заболевания
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
5. Есть ли показания к проведению экскреторной урографии?
6. Назначьте лечение.
7. Возможный исход заболевания.
8. Длительность диспансерного наблюдения за больной в период ремиссии.

Задача 9

Девочка, 7 лет, поступила с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 39°C.

Анамнез: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды 2-е, срочные. Масса при рождении – 3600 г, длина – 52 см. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Перенесла ветряную оспу, скарлатину. ОРВИ отмечаются 3-4 раза в год. Аллергоанамнез не отягощен. Мать страдает хроническим пиелонефритом.

Настоящему заболеванию предшествовало переохлаждение, после которого через день появились слабость, боль в животе (больше в левой половине), температура тела повысилась до 39°C. В течение последующих 5 дней продолжала высоко лихорадить, моча помутнела.

Анализ мочи (амбулаторно): цвет – желтый, прозр. – неполная, рН – 7,0, белок – 0,033 г/л, лейкоц. – до 100 в п. зр., эр. – 0-1 в п. зр.

При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Температура тела – 38,5°C. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация подвздошной области болезненна. АД – 110/70 мм рт.ст.

Клинический анализ крови: Нб – 126 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,8 \times 10^9$ /л, п/я – 11%, с/я – 68%, лимф. – 11%, мон. – 10%, СОЭ – 38 мм/ч.

Посев мочи на стерильность: рост энтерококка в количестве 10^5 /л микробных тел

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, альбумины – 59%, α_2 -глобулины – 12%, мочевины – 7,4 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, СРБ – 50 мг/л.

УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена в типичном месте, $92 \times 43 \times 33$ мм, чашечно-лоханочная система – 3 мм. Левая почка расположена в малом тазу, $56 \times 27 \times 18$ мм (норма $86 \times 45 \times 25$ мм), дифференцировка слоев паренхимы нечеткая, чашечно-лоханочная система – 8 мм, стенки уплотнены.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.

3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
6. Возможные исходы заболевания.
7. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 10

Девочка, 5 лет, от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в III триместре. Роды срочные, физиологические. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 51 см. В период раннего возраста ребенок развивался нормально. Перенесенные заболевания: ОРВИ – 5-6 раз в год, ветряная оспа. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена.

Девочку привели на прием к врачу с жалобами на императивные позывы к мочеиспусканию каждые 20-30-40 мин, мочеиспускание резко болезненное, вплоть до страха ребенка перед мочеиспусканием. Данные жалобы появились после переохлаждения, через 2 дня температура тела поднялась до 38-39°C, появились боли в животе, больше справа.

При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Температура тела – 38,6°C. Симптом поколачивания положительный справа. Пальпация подвздошной области и над лобком болезненна. АД – 85/50 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$, п/я – 10%, с/я – 60%, лимф. – 22%, мон. – 8%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во – 80 мл, цвет – желтый, реакция – кисл., отн. пл. – 1007, белок – 0,02 г/л, лейкоц. покрывают все п. зр., переходный эпителий – в большом кол-ве, бактериурия, слизь – в большом кол-ве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 59%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 8%, β – 13%, γ – 15%, мочевины – 7,9 ммоль/л, креатинин – 83 ммоль/л, калий – 5,16 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок – 400 мг/сут. (N – до 200), аммиак – 22 ммоль/сут. (N – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут. (N – 48-62), углеводы – 9,76 ммоль/сут. (N – до 1,11).

УЗИ почек и мочевого пузыря: почки увеличены в размерах, паренхима недостаточно четко дифференцирована на корковый и мозговой слой. Ширина лоханки справа – 10 мм (N – до 5 мм), стенки лоханок утолщены, слоистые. Мочевой пузырь умеренно заполнен, стенки утолщены, внутренний контур мочевого пузыря неровный, в просвете небольшое количество взвеси. После микции отмечается большое количество остаточной мочи.

Посев мочи: высевается кишечная палочка в количестве $10^5/мл$.

Задание

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для дифференциальной диагностики?
3. С какими факторами можно связать этиологию данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.
6. Длительность диспансерного наблюдения.

Задача 11

Мальчик, 4,5 года, от 1-й беременности, протекавшей с выраженным токсикозом в 1-й половине. Роды в срок. Масса при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Зубы начали прорезываться с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин Д₃ в курсовой дозе 250000 МЕ. Ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1,5 года. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать – здорова.

В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу 2-го года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На 3-м году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин Д₃ в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет мальчик был направлен на консультацию в нефро-урологический центр.

При осмотре: жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост – 87 см, масса тела – 13,7 кг, окружность головы – 48 см, окружность груди – 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. Отмечается увеличение печени на 4 см из-под края реберной дуги справа и нижний край левой доли на 5 от мечевидного отростка.

Клинический анализ крови: Нб – 132 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, тромб. – $280,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 33%, эоз. – 1%, лимф. – 52%, мон. – 12, СОЭ – 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, отн. пл. – 1010, реакция – нейтр., белок – следы, лейкоц. – 1-2 в п. зр., эр. – 0-1 в п. зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, ЩФ – 952 Ед (N – до 600), кальций общий – 2,3 ммоль/л, кальций ионизиров. – 1,02 ммоль/л, фосфор – 0,75 ммоль/л, мочевины – 4,6 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: оксалаты – 22,8 мг/сут. (N – до 17), кальций – 3,9 мг/кг/сут. (N – 2,0-2,5), фосфор – 46 мг/кг/сут. (N – до 20).

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

КОС: pH – 7,21; BE – -9.

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

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы генетические особенности заболевания?
3. Назовите характерные клинические симптомы заболевания.
4. Составьте план обследования.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечения.
7. Какие препараты витамина Д должны назначаться при данном заболевании и в какой дозировке?

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача 1

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоочечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз «Геморрагический васкулит».

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб – 101 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 12×10^9 /л, лейкоц. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 59%, эоз. – 3%, лимф. – 28%, мон. – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 62%, эозинофильный росток – 4%, лимф. – 5%, эритроидный росток – 27%, мегакарициты – 1 на 120 миелокарицитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, отн. пл. – 1008, белок – нет, эпит. плоск. – 2-4 в п. зр., лейкоц. – 2-4 в п. зр., эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерии – нет.

Задание

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Назначьте лечение данному больному.

Задача 2

Девочка М., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях.

Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала этого заболевания перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой. Кровоизлияния на коже от мелкоочечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления – длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз «Геморрагический васкулит».

При поступлении состояние девочки тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Одышки нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС – 105 в 1 мин. АД – 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 108 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, тромб. – $8,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 43%, эоз. – 4%, лимф. – 44%, мон. – 6%, СОЭ – 7 мм/ч. Время кровотечения по Дьюку – 7 мин, время свертывания по Сухареву – начало 2 мин, конец – 4 мин.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 60%, эоз. – 5%, лимф. – 10%, эритроидный росток – 24%, мегакарициты – 0,4% (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, отн. пл. – 1015, белок – нет, pH – 6,0, эпит. пл. – 2-4 в п. зр., лейкоц. – 1-4 в п. зр., цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

Задание

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?
3. Назовите тип кровоточивости у пациента.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
6. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

Задача 3

Ребенок В., 5 лет, доставлен в больницу с жалобами на сыпь на коже конечностей, боли и припухлость голеностопных суставов, боли в животе.

Из анамнеза известно, что месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до $38,5^{\circ}C$, с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз «Лакунарная ангина». Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось, появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин,

голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный без каловых масс с примесью крови (типа мелены). Мочится достаточно, моча светлая.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, тромб. – $432 \times 10^9/л$, лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$, п/я – 9%, с/я – 61%, эоз. – 2%, лимф. – 22%, мон. – 6%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, альбумины – 38 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, АсАТ – 20 Ед/л, АлАТ – 18 Ед/л, СРБ – 90 мг/л, АСЛ-О – 250 Ед/л (N – до 200).

Коагулограмма: протромбиновое время – 110%, активированное частичное тромбопластиновое время – 70 с (N – 60-70 с), фибриноген – 4,4 г/л, тромбиновое время – 10 с (N – 10-20 с), этаноловый тест – отрицательный.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, отн. пл. – 1030, белок – следы, pH – 5,7, эпит. плоск. – 0-1 в п. зр., лейкоц. – 2-4 в п. зр., эр., цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

Задание

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Объясните патогенез клинических симптомов заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
4. Укажите возможные осложнения при данном заболевании.
5. С врачом какой специальности необходимо проконсультировать больного?
6. Составьте план лечения больного.

Задача 4

Максим Я., 14 лет, поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз «Шейный лимфаденит». Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии на область увеличенных лимфатических узлов, после чего отмечено их увеличение, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически высоко лихорадит до $38,5^{\circ}C$, что сопровождается ознобом, беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером $5,0 \times 7,0$ см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, тромб. – $495 \times 10^9/л$, лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 72%, эоз. – 1%, мон. – 3%, лимф. – 20%, СОЭ – 37 мм/ч.

В биоптате шейного лимфатического узла обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Рентгенограмма органов грудной клетки – расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

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

Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты – 0,2%, нейтрофильный росток – 65%, эритроидный росток – 21%, лимф. – 8%, эоз. – 6%, мегакариоциты – 1 на 200 миелокариоцитов.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания и гистологического варианта?
3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
4. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного, если да, то какие?
5. Что включает в себя лечение данной патологии?
6. От чего зависит объем лечебных мероприятий?
7. Каков прогноз заболевания в данном случае?
8. Каким образом проводится диспансеризация больных с данной патологией?

Задача 5

Девочка X, 10 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}\text{C}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200,0 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на опухолевое заболевание девочка была госпитализирована.

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

Общий анализ крови: Hb – 86 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб. – единичные, лейкоц. – $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты – 76%, п/я – 1%, с/я – 4%, лимф. – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакариоциты не найдены.

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

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

В ликворе цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, реакция Панди +++, бласты – 100%.

Задание

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

Задача 6

Мальчик В., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев мальчик стал часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

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

В общем анализе крови: Hb – 72 г/л, эр. – $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, ретикулоциты – 0,2%, тромб. – единичные, лейкоц. – $1,3 \times 10^9/\text{л}$, с/я – 1%, п/я – 4%, лимф. – 95%, СОЭ – 35 мм/ч.

В миелограмме: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%, лимф. – 80%, мегакарициты не найдены.

В общем анализе мочи: цвет желтый, отн. пл. – 1018, белок – следы, эпит. – 2-4 в п. зр., лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – 25-30 в п. зр., цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этого больного?

Задача 7

Девочка Л., 2 года, поступила в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что с первых дней после рождения отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов. В родильном доме проведено заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что девочка немного пожелтела, но к врачу не обратились. 3 дня назад у девочки повысилась температура до 37,8°C, появилась желтуха. В анализе крови, сделанном в поликлинике, выявлена анемия – Hb 72 г/л. Девочка родилась от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных родов. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Девочка вялая, сонливая. Кожа и слизистые оболочки бледные, с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: «башенный» череп, «седловидная» переносица, «готическое» небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Общий анализ крови: Hb – 72 г/л, эр. – $2,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 16%, лейкоц. – $10,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 45%, лимф. – 37%, мон. – 13%, эоз. – 3%, СОЭ – 24 мм/ч; анизо- и пойкилоцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, тельца Жолли.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, билирубин прямой – 32,2 ммоль/л, непрямой – 140,4 ммоль/л, свободный Hb отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min – 0,72, max – 0,36. 60% эритроцитов имеют сферическую форму, диаметр эритроцитов 3,3μ – 10%, 5μ – 40%, 6,6μ – 40%, 7,4 μ – 10%.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите вид гемолиза при этом заболевании? Объясните патогенез гемолиза.
3. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данной больной и почему?
4. Перечислите осложнения при этом заболевании.
5. Назовите биохимические признаки внутриклеточного и внутрисосудистого гемолиза.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задача 1

Мальчик С., 6 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2-х срочных родов (1-я беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Масса – 4000 г, рост – 52 см. Часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяца отмечались слабость, вялость.

Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появились тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы сухие. Тургор тканей и тонус глазных яблок снижены, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 уд. в мин., АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации напряжен.

Общий анализ крови: Hb – 135 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,5 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 50%, эоз. – 1%, лимф. – 35%, мон. – 10%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – слабо мутная, отн. пл. – 1035, реакция – кисл., белок – нет, глюкоза – «++++», ацетон – «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

КОС: рН – 7,1, рО₂ – 92 мм рт. ст., рСО₂ – 33,9 мм рт. ст., ВЕ= -15.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
4. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
5. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?

Задача 2

Клава, 7 лет. Девочка от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, 1-х преждевременных родов на 37-й неделе. При рождении масса – 2800 г, рост – 46 см. Раннее развитие без особенностей. В 6 лет перенесла сотрясение мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов.

Осмотр: рост – 137 см, масса – 31 кг. Вторичные половые признаки: Р₂, Ах₀, Ма₂, Ме с 6,5 года.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 52%, эоз. – 1%, лимф. – 41%, мон. – 5%, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените физическое развитие.
3. Какому возрасту соответствует половое развитие?
4. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
5. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Какими препаратами проводится терапия?

Задача 3

Наташа, 1 год 7 месяцев. Девочка от 2-й беременности, протекавшей нормально, 2-х срочных родов. 1-я беременность протекала без патологии, ребенок здоров. При рождении масса тела – 3800 г, рост – 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. В период новорожденности у девочки отмечались длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12-е сутки. На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение

двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Рост – 74 см, масса – 9,3 кг.

Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,0 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 31%; эоз. – 1%, лимф. – 57%, мон. – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

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

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Основные принципы терапии.

Задача 4

Коля, 10 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1-х срочных родов в тазовом предлежании. Масса – 3150 г, длина – 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 года родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

Объективно: рост – 106 см, масса – 16,7 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 52%, эоз. – 1%, лимф. – 41%, мон. – 5%, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?

Задача 5

Анатолий, 12 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Анамнез: родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов, без патологии. Масса тела при рождении – 4000 г, длина – 52 см.

Осмотр: рост – 145 см, масса тела – 65 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 95 уд. в мин, ЧД – 19 в 1 мин. АД –

100/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 52%, эоз. – 5%, лимф. – 37%, мон. – 5%, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

ЭКГ: горизонтальное положение электрической оси сердца, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени увеличены; паренхима: подчеркнут рисунок внутривнутрипеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените физическое развитие и результаты проведенных исследований.
3. Какова возможная причина развития данной патологии?
4. В группу риска по какому эндокринологическому заболеванию относится этот ребенок?
5. Основные методы терапии.

Задача 6

Ребенок Т., 4 дня, от 1-й беременности, 1-х срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса – 3000 г, рост – 51 см.

Осмотр: было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.

С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, эр. – $5,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $9,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 50%, эоз. – 2%, лимф. – 38%, мон. – 8%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий – 6,8 ммоль/л.

Гормональный профиль: 17-ОПГ – 10 нмоль/л (N – 1,3-6,9 нмоль/л); кортизол – 20 нмоль/л (N – 270-770 нмоль/л); АКТГ – 20 нмоль/л (N – 2-11 нмоль/л).

Кариотип: 46 XX.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. По какому типу наследуется данное заболевание? Какова вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?
3. Какова причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
4. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
5. При каких заболеваниях может отмечаться рвота «фонтаном», жидкий стул? Дифференциальный диагноз.

Задача 7

Мальчик С., 9 лет. Мальчик от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Масса при рождении – 3500 г, рост – 50 см. Ходить начал с 1,5 года, зубы с 1-го года. В 7 лет пошел в школу, учился плохо, стал заметно полнеть. С 9 лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились: рост – 125 см, масса – 42 кг. Госпитализирован в тяжелом состоянии.

При осмотре: лицо лунообразное, выражен матронизм, стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке. Перераспределение подкожно-жировой клетчатки в области груди и

живота. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 128 в 1 мин, АД – 185/120 мм рт. ст., ЧД – 44 в 1 мин.

Общий анализ крови: Нв – 86 г/л, лейкоц. – 10×10^9 /л (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ – 7 мм/ч.

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

Рентгенограмма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 10 годам. Отмечается остеопороз.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. С какими формами ожирения необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Что может служить причиной развития этого заболевания?
5. Основные методы лечения.

Задача 8

Девочка О., 12 лет. От 1-й беременности, 1-х срочных родов, протекавших нормально. Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы. После очередного обострения хронического тонзиллита состояние ребенка стало постепенно ухудшаться, появились потливость, раздражительность, быстрая утомляемость.

При осмотре в поликлинике отмечена тахикардия. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматизм».

При поступлении состояние средней тяжести, повышенная потливость. Щитовидная железа диффузно увеличена до III степени (по Николаеву). Умеренно выраженный экзофтальм, симптомы Дальримпля и Мебиуса положительные, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно-систолический шум. Пульс 110 в 1 мин., АД 140/50 мм. рт. ст. Тремор пальцев рук.

Общий анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, нейтр. – 25%, эоз. – 2%, лимф. – 50%, мон. – 20%, тромб. – 140×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, прозрачность – хорошая; отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: повышение амплитуды зубцов Р, R, неспецифические изменения зубца Т, синусовая тахикардия.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
3. Оцените результаты исследований.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
5. Тактика ведения больного с обоснованием выбранных методов лечения.

Задача 9

Мальчик П., 7 лет. От 2-й беременности, протекавшей с нефропатией 2-й половины, 1-х срочных физиологических родов. Раннее развитие без особенностей. С 5 лет жалобы на головокружение, сниженный аппетит, раздражительность, загрудинные боли, мышечные спазмы и подергивания. Был проконсультирован невропатологом – диагноз вегето-сосудистая дистония. Периодически отмечаются тонические и клонические судороги в отдельных мышечных группах, положительные симптомы Хвостека и Труссо.

При осмотре: зубы с поперечными и горизонтальными бороздами, волосы тонкие, гнездная плешивость, ресницы и брови редкие, кожа сухая, ногти ломкие. Отмечается склонность к диарее.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 55%, эоз. – 2%, л – 35%, мон. – 5%, тромбоц. – 200×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций общий – 1,8 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,68, фосфор – 1,9 ммоль/л (1-1,5 ммоль/л), ЩФ – 80 Ед/л (N – 220-820), общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 4,6 ммоль/л.

Проба Сулковича: отрицательная.

ЭКГ: удлинение QT за счет интервала ST.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какими препаратами проводится терапия?

Задача 10

Мальчик С., 13 лет. Болен сахарным диабетом с 7 лет. Последнее время находился на дозе инсулина 30 единиц в сутки. Состояние дома оставалось удовлетворительным. Сахар в крови натощак на этой дозе 8,0 ммоль/л, в течение суток – 7,5-11,0 ммоль/л, глюкозурия до 20 мг/%. На 3-й день от начала острого респираторного заболевания температура тела утром 38°C. Введена прежняя доза инсулина. Самочувствие днем оставалось плохим – сонливость, плохой аппетит (в течение всего дня мальчик ел очень мало). Ночью у ребенка появились тремор конечностей, резкая потливость. Госпитализирован.

При поступлении мальчик в сознании, бледен, резкая потливость, тризм челюстей, сухожильные рефлексы живые, периодические судороги. Пульс ритмичный, АД – 100/70 мм рт.ст.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Причины развития данного состояния у ребенка.
4. Какова неотложная терапия в данном случае?
5. Проведите дифференциальную диагностику с гипергликемической комой.

Задача 11

Девочка Ж., 11 лет, проживает в Чувашской республике. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, 1-х срочных родов. Масса при рождении – 3200 г, длина – 51 см. Раннее развитие без особенностей. У мамы и бабушки отмечается увеличение щитовидной железы I-II степени.

Во время диспансеризации врач обнаружил у девочки увеличение щитовидной железы, после чего она была направлена на консультацию к эндокринологу. Увеличение щитовидной железы было выявлено и у других детей из этого класса.

При осмотре и пальпации: щитовидная железа увеличена, мягко-эластичной консистенции. Клинических признаков изменения функции щитовидной железы не выявлено.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 52%, эоз. – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1015, реакция – кисл., белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Методы профилактики.
5. Какими препаратами проводится лечение данного заболевания?

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Задача 1

Девочке В., 4,5 месяца, с неотягощённым биологическим анамнезом, сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Как объяснить матери данную ситуацию?
4. В чём заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
6. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС и полиомиелита?
7. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
8. Можно ли считать курс вакцинации данного ребёнка против дифтерии и столбняка законченным?
9. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

Задача 2

Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила у девочки А., 4 лет, сыпь на шее.

Со слов матери ребенка, у брата-второклассника в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводили самостоятельно (полоскание горла раствором фурацилина, теплое молоко). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.

Девочка осмотрена врачом детского сада. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей. Состояние средней тяжести, температура 37,8°C. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей. Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемированном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (на шее, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемированы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 100 уд. в 1 мин,

удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Нуждается ли этот ребенок в экстренной госпитализации?
4. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада, необходимые при этом инфекционном заболевании.
5. Какие документы необходимо оформить медицинскому персоналу детского дошкольного учреждения по поводу этого случая заболевания?
6. Какую информацию должен передать медицинский работник детского дошкольного учреждения в детскую поликлинику по поводу выявленного случая заболевания?
7. Сроки проведения карантинных мероприятий в детском дошкольном учреждении.
8. Проводится ли заключительная дезинфекция в групповых помещениях при этом заболевании?
9. Принципы лечения ребенка в амбулаторных условиях.
10. В какие сроки, какие обследования необходимо провести ребенку в период реконвалесценции этого заболевания?
11. Назовите возможные осложнения (ранние и поздние) этого заболевания.
12. Сроки выписки ребенка в детское дошкольное учреждение.

Задача 3

Девочка К., 6 лет, росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день у девочки поднялась температура до 37,5°C, появились кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. Место введения вакцины не изменено. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, без налетов. Незначительное увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны лёгких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Следует ли подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
4. Нуждается ли ребёнок в дополнительном обследовании?
5. Назначьте лечение.
6. Тактика ведения ребёнка на дому.
7. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно вводить другие вакцины?
8. Какие другие виды вакцин можно вводить ребёнку одновременно с коревой?
9. Показана ли данному ребёнку госпитализация?

Задача 4

Вызов к мальчику А., 2 года, с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлости около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита,

за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес без осложнений.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Необходим ли осмотр оториноларинголога, его цель?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка?
5. Назначьте лечение.
6. Какова возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
7. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.
8. Показана ли госпитализация данного ребенка?
9. Может ли данный ребёнок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?
10. С какими вакцинами совместима прививка против эпидемического паротита?

Задача 5

Мать с девочкой 3., 3 месяца, пришла на профилактический приём к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с анемией, гестозом во 2-й половине, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок. Масса тела – 3050 г, длина – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Нутрилон 1». Прибавка в массе тела за 3 месяца 2100 г. В возрасте 2,5 месяца перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

Анализ мочи: рН – слабо-кисл., белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 1-3 в п. зр.

Анализ периферической крови: Нг – 95 г/л, эр. – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,5 \times 10^9$ /л, баз. – 1%, эоз. – 3%, п/я – 2%, с/я – 32%, лимф. – 58%, мон. – 4%, СОЭ – 6 мм/ч, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. МСН – 22 пг.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
4. Нуждается ли ребенок в лечении?
5. Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
6. Как контролировать эффективность лечения?
7. Нуждается ли ребенок в коррекции питания?
8. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-м году жизни.
9. Имеются ли противопоказания к вакцинации?

Задача 6

Участковый врач пришёл на 1-й патронаж к мальчику В., 18 дней.

Ребенок от 1-й беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 6 и 32 неделях). В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефазолином в/м 10 дней. Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Нутрилак». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре обращают внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень – + 3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

Задание

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.
3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.
4. Чем отличается кожа новорожденного от взрослого?
5. Назовите принципы диспансерного наблюдения в первые месяцы жизни.
6. Какова наиболее вероятная этиология пиодермии? Опишите её лечение.
7. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?
8. Как ухаживать за здоровой кожей новорожденного?
9. Оцените характер вскармливания ребёнка на момент осмотра.
10. Можно ли проводить ребенку иммунизацию и в какие сроки?
11. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?

Задача 7

1-й патронаж к мальчику И., 13 дней. Ребенок от 2-й беременности (предыдущая закончилась рождением здорового ребенка). В I триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась по совету соседки ко-триноксазолоном, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной – 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, был переведен в ОПН, обследован, поставлен диагноз «ВПС дефект межжелудочковой перегородки, НКО». Выписан на педиатрический участок на 12-е сутки с рекомендациями кардиолога.

При осмотре состояние ребёнка удовлетворительное, грудь сосет активно. Кожа и слизистые чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р.мах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над легочной артерией. ЧСС – 126 в мин, при нагрузке – до 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые.

Задание

1. В какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок?
2. Каково динамическое наблюдение педиатром на участке.
3. Совместно с каким специалистом должен наблюдаться ребёнок?
4. Какая лечебная тактика может быть применена к данному пациенту?
5. Укажите особенности проведения профилактических мероприятий в данном случае.
6. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии?

Задача 8

Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке К. 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность у матери 1-я, протекала с токсикозом во 2-й половине. При сроке 32 недели перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4600 г, длина – 57 см, окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела – 36,8°. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из-под края рёберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. При осмотре ребенок беспокойный, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Каковы критерии диагностики данной патологии?
4. Вычислите долженствующую массу тела.
5. Какие исследования необходимо провести ребенку?
6. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план профилактических мероприятий.
9. Какие врачи-специалисты должны осмотреть ребёнка?
10. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

Задача 9

Мать девочки Л., 4 года, вызвала участкового педиатра на дом. Девочка заболела остро 2 недели назад, когда вечером поднялась температура до 39°C, появился насморк. Была вызвана «неотложная помощь». Врач диагностировал ОРВИ, назначил симптоматическое лечение. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось (отсутствие аппетита, слабость, головная боль, мышечные боли), повторный подъём температуры до 38°C, появился сухой, навязчивый кашель.

Из анамнеза известно, что ребёнок от 1-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологичные. В раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, острые заболевания редки. С 3,5 года посещает детский сад; часто болела ОРВИ, которые дважды осложнялись бронхитом. В лечении часто применялись антибиотики

Состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым оттенком, умеренным периоральным цианозом. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени. Справа, от угла лопатки, дыхание резко ослабленное, определяется укорочение перкуторного звука, на высоте вдоха крепитирующие хрипы в нижних отделах правого лёгкого. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезенка не пальпируется. Стула не было. Диурез не снижен.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы оказали влияние на течение заболевания?

3. Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить диагноз?
4. Какие изменения в общем анализе крови следует ожидать в данном случае.
5. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.
6. В каком случае показана госпитализация?
7. Укажите критерии выписки ребенка в детский сад.
8. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
9. Опишите диспансерное наблюдение за ребенком на педиатрическом участке.

Задача 10

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой Р., 6 месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении – 4100 г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Малютка 1», 220 мл на приём, каша 180-200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела – 8700 г, длина – 67 см, окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено. Большой родничок 1×1 см. Не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

Задание

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Определите группу здоровья ребенка, дайте обоснование.
3. Какие отклонения в развитии ребёнка обнаружены?
4. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?
5. Назовите причины развития данной патологии у детей.
6. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином Д?
7. Когда планируется следующая вакцинация?

Перечень контрольных вопросов для промежуточного контроля знаний

1. Анемический синдром при заболеваниях органов пищеварения.
2. Аномалии развития мочевыводящей системы. Принципы диагностики. Тактика ведения. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.
3. Антенатальная охрана плода. Мероприятия до и во время беременности по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка и новорожденного. Внутриутробное воспитание будущего ребенка. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний, неонатальный и аудиологический скрининг.
4. Аритмии сердца у детей. Принципы лечения детей с сердечными аритмиями. Диспансерное наблюдение детей с нарушениями сердечного ритма.
5. Артериальные гипертензии. Этиология и механизмы развития. Критерии диагностики. Лабораторные и клинические методы диагностики. Дифференциальный диагноз в детском возрасте. Показания к назначению современных гипотензивных средств. Организация помощи при гипертоническом кризе. Профилактика и диспансерное наблюдение детей.
6. Бронхо-легочная дисплазия: классификация, патогенез, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения.
7. Вакцинопрофилактика. Национальный календарь прививок. Абсолютные противопоказания к вакцинации. Особенности организации вакцинопрофилактики у детей из групп риска.
8. ВИЧ-инфекция. Особенности клинических проявлений у детей. Тактика ведения новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.
9. Внутриутробные инфекции (врожденный токсоплазмоз, листериоз, сифилис, цитомегаловирусная, герпетическая, краснуха), особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, этиотропная терапия.
10. Вопросы профилактической педиатрии в работе с детьми раннего возраста. Организация работы отделения здорового ребёнка. Стандарты диспансерного наблюдения. Врачебный контроль за состоянием здоровья детей первого года жизни. Контроль за физическим и нервно-психическим развитием детей раннего возраста. Комплексная оценка состояния здоровья детей, определение групп здоровья, риска. Особенности их наблюдения на педиатрическом участке.
11. Воспалительные заболевания кишечника. Принципы диагностики. Тактика ведения.
12. Врожденная дисфункция коры надпочечников у детей.
13. Врожденные пороки сердца у детей. Диагностика. Лечение.
14. Врожденный нефротический синдром. Этиология. Диагностика. Принципы терапии.
15. Гемолитическая болезнь новорожденных. Патогенез, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной диагностики. Принципы лечения. Показания для обменно-заменного переливания крови.
16. Геморрагическая болезнь новорожденного.
17. Гломерулонефриты у детей. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
18. Группы риска новорожденных и грудных детей. Критерии оценки здоровья новорожденных детей и факторы риска развития патологии. Первичная и вторичная профилактика заболеваний и функциональных отклонений.
19. Диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и восстановительного лечения детей с хроническими заболеваниями в условиях поликлиники. Вопросы вторичной и третичной профилактики. Особенности диагностики и лечения хронических заболеваний у подростков. Показания к освобождению школьников от экзаменов. Экспертиза инвалидности в детском возрасте.
20. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Ювенильный ревматоидный артрит.
21. Естественное вскармливание. Особенности состава грудного молока, преимущества естественного вскармливания. Основные положения декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана,

поощрение и поддержка практики грудного вскармливания». Сроки и техника введения пищевых добавок и прикормов.

22. Железодефицитные анемии у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

23. Заболевания печени у детей. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.

24. Задержка внутриутробного развития плода и новорожденного. Лечебная тактика.

25. Йоддефицитные заболевания щитовидной железы у детей. Врожденный гипотиреоз. Зоб у детей.

26. Искусственное вскармливание детей: понятие, показания к назначению. Классификация смесей. «Гарантийное» коровье молоко. Цели адаптации коровьего молока, используемого для приготовления смесей. Сроки введения пищевых добавок и прикормов.

27. Кардиомиопатии у детей: гипертрофическая, дилатационная. Распространенность, современные аспекты этиопатогенеза, клиника, диагностика, основные принципы лечения, прогноз.

28. Кардиты у детей. Дифференциальная диагностика неревматических кардитов. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

29. Кислотозависимые заболевания у детей. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика ведения.

30. Лейкозы у детей. Принципы диагностики. Тактика ведения. Острый врожденный лейкоз.

31. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей. Кальципенический синдром. Витамин Д-зависимый рахит.

32. Наследственный нефрит: синдром Альпорта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

33. Недоношенность критерии, особенности физического и моторного развития, особенности выхаживания и дальнейшего диспансерного наблюдения.

34. Некротизирующий энтероколит, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, принципы антибактериальной терапии, понятие об эмпирической антибактериальной терапии.

35. Ожирение у детей и подростков. Метаболический синдром. Методы диагностики. Тактика ведения.

36. Острые кишечные инфекции у детей. Клинические проявления. Осложнения. Принципы диагностики. Тактика ведения.

37. Острые респираторные инфекции у детей. Клинические проявления. Тактика ведения.

38. Паразитозы у детей. Классификация. Клинические проявления. Лечение.

39. Патология кожи у детей. Пузырчатка новорожденных, доброкачественная.

40. Перинатальные поражения ЦНС гипоксически-ишемического характера. Классификация. Принципы лечения. Последствия перинатальных поражений ЦНС.

41. Питание здоровых детей 1-3 лет. Потребность в белках, жирах, углеводах и калориях. Режим питания. Разовые объемы блюд.

42. Пневмонии у детей: классификация, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, принципы антибактериальной терапии, понятие об эмпирической антибактериальной терапии.

43. Половое развитие у детей. Оценка. Нарушения.

44. Пороки развития пищеварительного тракта у детей. Тактика ведения.

45. Принципы организации амбулаторной помощи детскому населению: бесплатность и доступность медицинской помощи детскому населению. Участково-территориальный принцип. Принцип единого педиатра. Принцип активного патронажа. Принцип непрерывного наблюдения на всех этапах оказания медицинской помощи.

46. Принципы организации работы детской поликлиники. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники. Участковый принцип оказания

медицинской помощи детям и подросткам; структура детской поликлиники, участка, численность детского населения.

47. Респираторный дистресс-синдром новорожденных. Принципы лечения, показания и противопоказания к введению сурфактанта, пренатальная профилактика.

48. Рост. Особенности роста в разные возрастные периоды. Нарушения роста у детей.

49. Сахарный диабет у детей. Классификация нарушений углеводного обмена у детей. Клинические проявления. Принципы диагностики. Тактика ведения. Неотложные состояния при сахарном диабете 1 типа.

50. Сепсис у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Неонатальный сепсис.

51. Синдром желтухи у детей раннего возраста. Принципы дифференциальной диагностики синдрома желтух. Тактика ведения.

52. Синдром мальабсорбции у детей. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.

53. Синдром соединительно-тканной дисплазии. Особенности клинических проявлений синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Синдром Марфана. Синдром Элерса-Данлоса.

54. Системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Кавасаки, болезнь Такаясу, гранулематоз Вегенера).

55. Техника и правила вскармливания новорожденного ребенка. Первое прикладывание к груди. Противопоказания к раннему прикладыванию новорожденного к груди и проведению естественного вскармливания. Расчет суточного объема питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко.

56. Тубулоинтерстициальный нефрит у детей. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика ведения.

57. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.

58. Хроническая болезнь почек. Этиология, патофизиология, симптомы, признаки, диагностика и прогноз.

59. Хронические расстройства питания: понятие, классификация. Гипотрофия у детей: этиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.

60. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, определение, патогенез, классификация, диагностика, консервативное лечение. Схемы антихеликобактерной терапии.