

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.10.2022 09:02:17
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
Дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

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

Рабочая программа учебной дисциплины
Педиатрия

Б1.Б.1

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:

31.08.19 Педиатрия

Квалификация – **Врач-педиатр**

Форма обучения – **очная**

Рабочая программа по дисциплине «Педиатрия» составлена на основе требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. № 1060, и в соответствии с рабочим учебным планом подготовки ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным ректором ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии.

СОСТАВИТЕЛИ:

Иванова И.Е. д.м.н., доцент

Родионов В.А. д.м.н., профессор

Егорова И.Н. к.м.н., доцент

Лукоянов Д.В., к.м.н.

Рабочая программа учебной дисциплины Педиатрия

1. Цели и задачи дисциплины

Цель – подготовка квалифицированного врача-педиатра, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста педиатра обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии детского возраста, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по педиатрии и общеврачебными манипуляциями по оказанию сложной и неотложной помощи.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2. Место дисциплины в учебном процессе

Дисциплина «Педиатрия» относится к базовой части Блока 1 «Дисциплины (модули)» рабочего учебного плана программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.19 Педиатрия**.

3. Планируемые результаты обучения

В результате освоения дисциплины «Педиатрия» у ординатора должны быть сформированы знания, умения, навыки, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры:

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
Общекультурные компетенции (ОК):	
– Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1)	знать: – способы системного анализа и синтеза научной медицинской и практической информации; уметь: – абстрактно мыслить, критически анализировать, оценивать и систематизировать информацию, современные научные достижения, выявлять основные закономерности изучаемых объектов, решать исследовательские и практические задачи в междисциплинарных областях; владеть: – навыками сбора, обработки информации, базовыми

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
<p>– Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-2)</p>	<p>информационными технологиями; медико-понятийным функциональным аппаратом.</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – особенности правового регулирования профессиональной деятельности; – основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; – основные подходы, методы и технологию управления коллективом организации; – тенденции культурной универсализации в мировом современном процессе; <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – регулировать труд медицинских работников, ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; – защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; – навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников (законных представителей) в соответствии с требованиями правил «информированного согласия».
Профессиональные компетенции (ПК)	
профилактическая деятельность:	
<p>– Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – меры профилактики детских болезней и порядок диспансерного наблюдения больных; – основы рационального питания и диетотерапии больных детей; <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осуществлять меры по комплексной реабилитации больного; – проводить санитарно-просветительную работу среди населения; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками и готовностью проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний; – осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастнo-половых групп и состояния здоровья; – давать рекомендации по здоровому питанию, по двигательным режимам и занятиям физической культурой
<p>– Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – порядок диспансерного наблюдения больных и меры профилактики детских болезней. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выявить возможные причины заболевания: применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
	<p>интенсивной терапии;</p> <ul style="list-style-type: none"> – выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определить необходимость применения специальных методов исследования; – определить динамику течения болезни и ее прогноз, осуществлять меры по комплексной реабилитации больного; – оформить необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством, провести анализ своей работы и составить отчет; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и больными хроническими заболеваниями.
диагностическая деятельность:	
<p>– Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных кожных и венерических заболеваний у взрослых и детей, их диагностику и дифференциальную диагностику; <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – получить исчерпывающую информацию о заболевании; – применять клинические методы обследования больного, выявить характерные признаки заболеваний – уметь анализировать и правильно интерпретировать результаты параклинических методов обследования; – выявить возможные причины заболевания: применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней; – алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования; – алгоритмом выполнения дополнительных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования; – алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний
лечебная деятельность:	
<p>– Готовность к ведению и лечению пациентов с педиатрическими заболеваниями (МКБ-10)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общие вопросы организации педиатрической службы в стране; – общие вопросы организации работы детского стационара; – эпидемиологию детских болезней в РФ и в регионе; – теоретические основы и генетические аспекты детских болезней; – основы фармакотерапии детских болезней; – фармакодинамику и фармакокинетику основных групп

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
	<p>лекарственных средств, показания и противопоказания к их назначению, возможные осложнения терапии, их профилактика и коррекция;</p> <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного. – практически применять фармакотерапевтические методы лечения сопутствующих заболеваний и осложнений у больных; – организовать неотложную помощь в экстренных случаях; – определить показания к госпитализации и организовать ее; – оценить тяжесть состояния больного; – определить объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок, астматическое состояние и др.), острой дыхательной и сердечной недостаточности; – методами диагностики детских болезней; – методами лечения детских болезней.
реабилитационная деятельность:	
<p>– Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основы фармакотерапии детских болезней; – фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, показания и противопоказания к их назначению, возможные осложнения терапии, их профилактика и коррекция; – основы физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения детских болезней, показания и противопоказания к их назначению, возможные осложнения, их профилактика и коррекция <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обосновать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного; – оценить состояние больного; – определить показания к физиотерапевтическому и санаторно-курортному лечению; – практически применять физиотерапевтические методы лечения заболеваний и осложнений у больных; – назначить лечебное питание с учетом общих факторов, характера заболевания и возраста больного; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – алгоритмом использования лекарственных средств на каждом этапе лечения; – алгоритмом выбора лекарственных средств при лечении детских болезней; – навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на санаторно-курортное лечение
психолого-педагогическая деятельность:	
<p>– Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные виды общения и взаимодействия во

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)	<p>врачебной деятельности, взаимоотношения «врач-пациент» и морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;</p> <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мотивировать пациента к необходимости соблюдения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний; – установить эмоционально-психологический контакт с пациентом; – выбирать адекватные способы мотивации отдельных лиц, семей и общества в целом по поддержанию общего здоровья, выстраивать и поддерживать рабочие отношения. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками формирования мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние здоровья; – основными средствами психологического воздействия на пациента, способами построения стратегии взаимоотношения «врач-пациент» и «врач-среда»
организационно-управленческая деятельность:	
– Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; – методики расчета показателей деятельности медицинских организаций. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи; – применять статистические методы в медицинских исследованиях при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций; – анализировать полученные результаты. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами ведения медицинской документации; – знаниями о научных основах управления и маркетинга; – методиками расчета показателей эффективности деятельности медицинской организации.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 972 часа, 27 зачетных единиц.

Распределение часов по видам учебной работы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		1	2	3	4
Аудиторные занятия (всего)	540	146	172	222	–
В том числе:					
Лекции	48	20	16	12	–
Практические занятия	492	126	156	210	–
Семинары	–	–	–	–	–
Лабораторные занятия	–	–	–	–	–
Самостоятельная работа (всего)	432	70	188	174	–

В том числе:					
<i>Другие виды самостоятельной работы</i> (подготовка к практическим занятиям, работа с отечественной и зарубежной литературой, работа с Интернет-ресурсами)	432	70	188	174	–
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		зачет с оценкой	зачет с оценкой	экзамен	-
Общая трудоемкость	972 часа, 27 зач. ед.	972	216	360	396
		27	6	10	11

5. Учебно-тематический план дисциплины

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
1.	Неонатология	108	6	48	54
1.1	Физиология и патология интранатального периода	12	2	10	–
1.2	Первичная реанимация новорождённых	12	–	6	6
1.3	Неонатальные желтухи. Гемолитическая болезнь новорождённых	12	2	4	6
1.4	Внутриутробные инфекции плода и новорождённого	12	2	4	6
1.5	Асфиксия плода и новорожденного. РДС новорождённого	12	–	4	8
1.6	Сепсис новорождённого	12	–	4	8
1.7	Локализованные гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки	12	–	6	6
1.8	Физиология доношенного ребенка	12	–	6	6
1.9	Физиология недоношенного ребенка	12	–	4	8
2.	Физиология и патология детей раннего возраста	144	6	78	60
2.1	Периоды детского возраста. Закономерности и методы оценки физического развития. Закономерности и методы оценки нервно-психического развития	12	–	6	6
2.2	Анатомо-физиологические и функциональные особенности органов и систем ребёнка 0-3 лет	14	–	8	6
2.3	Основы рационального вскармливания здоровых детей 0-1, 1-3 лет	14	–	8	6
2.4	Основы рационального вскармливания больных детей 0-	12	–	8	4

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
	1, 1-3 лет				
2.5	Пищевая аллергия у грудных детей. Атопический дерматит	14	2	8	4
2.6	Особенности вскармливания недоношенных детей	14	2	8	4
2.7	Заболевания недоношенных детей: бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, анемия, остеопения недоношенных	14	2	6	6
2.8	Анемии у грудных детей	12	–	6	6
2.9	Хронические расстройства питания, ожирение, ЗВУР	14	–	8	6
2.10	Рахит. Кальципенические и Д-дефицитные состояния у детей грудного и раннего возраста	12	–	6	6
2.11	Врождённые пороки сердца у детей	12	–	6	6
3.	Гастроэнтерология	144	6	78	60
3.1	Заболевания пищевода: этиопатогенез, возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и прогноз	16	–	8	8
3.2	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	16	2	8	6
3.3	Язвенная болезнь желудка и 12-п.к., хронические гастродуодениты	16	–	8	8
3.4	Заболевания тонкой кишки: этиопатогенез, возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и прогноз	16	–	8	8
3.5	Заболевания толстой кишки: этиопатогенез, возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и прогноз	16	2	8	6
3.6	Функциональные заболевания ЖКТ: функциональная диспепсия, СРК	16	–	10	6
3.7	Заболевания поджелудочной железы	16	–	10	6
3.8	Хронические запоры	16	–	10	6
3.9	Патология печени и желчевыводящих путей	16	2	8	6
4.	Нефрология	108	6	54	48
4.1	Наследственные и врожденные заболевания почек: возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и	12	–	6	6

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
	прогноз				
4.2	Дисметаболические нефропатии и мочекаменная болезнь	12	2	6	4
4.3	Микробно-воспалительные заболевания мочевой системы, возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и прогноз	12	2	6	4
4.4	Гломерулонефриты у детей	12	–	6	6
4.5	Почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек	12	2	6	4
4.6	Энурезы и нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей	12	–	6	6
4.7	Тубулоинтерстициальные нефриты, возрастные особенности клинической картины, диагностика, лечение и прогноз	12	–	6	6
4.8	Нефропатии при системных и других заболеваниях	12	–	6	6
4.9	Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с заболеваниями мочевой системы	12	–	6	6
5.	Эндокринология	108	6	54	48
5.1	Заболевания щитовидной железы	18	1	9	8
5.2	Сахарный диабет у детей и подростков, его варианты	18	1	9	8
5.3	Нарушение функции надпочечников	18	1	9	8
5.4	Ожирение, метаболический синдром у детей	18	1	9	8
5.5	Патология роста	18	1	9	8
5.6	Заболевания половых желез	18	1	9	8
6.	Пульмонология	108	6	54	48
6.1	Возрастные анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей	12	–	6	6
6.2	Методы исследования органов дыхания и интерпретация результатов	12	–	6	6
6.3	Заболевания верхних дыхательных путей: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, терапия	12	2	6	4
6.4	Заболевания нижних дыхательных путей: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, терапия	12	2	6	4
6.5	Туберкулез органов дыхания у детей и подростков	12	2	6	4

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
6.6	Врождённые и наследственные заболевания органов дыхания у детей	12	–	6	6
6.7	Поражения бронхолегочной системы при других заболеваниях	12	–	6	6
6.8	Респираторная аллергия (поллинозы, бронхиальная астма)	12	–	6	6
6.9	Неотложные состояния в пульмонологии	12	–	6	6
7.	Кардиоревматология	108	6	48	54
7.1	Врожденные пороки сердца	12	–	6	6
7.2	Синдром вегетативной дистонии (СВД) у детей	12	–	6	6
7.3	Артериальная гипертензия у детей	12	2	4	6
7.4	Нарушения ритма и проводимости	12	2	4	6
7.5	Болезни миокарда: этиология, патогенетические механизмы развития, клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз	12	–	6	6
7.6	Ювенильный идиопатический артрит. Дифференциальный диагноз артритов у детей	12	2	4	6
7.7	Болезни перикарда: этиология, патогенетические механизмы развития, клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз. Инфекционный эндокардит у детей и подростков	12	–	6	6
7.8	Ревматические болезни: этиология, патогенетические механизмы развития, клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз	12	–	6	6
7.9	Недостаточность кровообращения	12	–	6	6
8.	Поликлиника	144	6	78	60
8.1	Принципы организации амбулаторной помощи детскому населению	12	–	6	6
8.2	Аntenатальная охрана плода	12	2	6	4
8.3	Принципы организации работы детской поликлиники	12	–	6	6
8.4	Организация работы отделения здорового ребёнка. Стандарты диспансерного наблюдения детей	12	–	6	6
8.5	Группы риска новорождённых и грудных детей	12	2	6	4
8.6	Организационные и социальные аспекты амбулаторной	12	–	6	6

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
	педиатрической службы				
8.7	Организация работы ДШО детской поликлиники.	12	–	6	6
8.8	Организация вакцинопрофилактики в детской поликлинике	12	–	6	6
8.9	Организация лечебно-профилактической помощи подросткам	12	2	6	4
8.10	Профилактика ранних отклонений здоровья детей	12	–	8	4
8.11	Организация лечебной работы участкового педиатра	12	–	8	4
8.12	Диспансерное наблюдение хронических больных	12	–	8	4
	ВСЕГО по дисциплине	972	48	492	432

6. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

6.1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль знаний проводится в форме решения тестовых заданий и клинических задач.

Примерные тестовые задания:

- Не относится к наследственным нарушениям обмена билирубина:
 - болезнь Криглера - Найяра
 - болезнь Жильбера
 - болезнь Ротера
 - пегановая желтуха
 - желтуха при дефиците альфа-1-антитрипсина

Ответ: D
- Базисным в лечении пищевой аллергии является:
 - эуфиллин
 - элиминационная диета
 - кромогликат натрия
 - супрастин
 - тавегил

Ответ: B
- Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни с тяжелой формой атопического дерматита проводят:
 - адаптированными смесями на основе коровьего молока
 - соевыми смесями
 - смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
 - кисломолочными смесями
 - высокогидролизованными смесями

Ответ: E
- Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют:
 - короткий пищевод
 - недостаточное развитие кардиального отдела желудка
 - относительный гипертонус пилорического отдела желудка
 - физиологический дефицит ферментов
 - все перечисленное

Ответ: E
- В ЖКТ новорожденного ребенка железо всасывается на уровне:
 - желудка
 - верхних отделов тонкой кишки
 - тощей кишки
 - толстой кишки
 - во всех отделах равномерно

Ответ: B

6. Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается при всех заболеваниях, кроме:
- A. лактазной недостаточности
 - B. муковисцидоза
 - C. экссудативной энтеропатии
 - D. гастроинтестинальной аллергии
 - E. галактоземии

Ответ: E

7. Препаратом выбора при лечении муковисцидоза является:
- A. креон
 - B. фестал
 - C. панкреатин
 - D. ораза
 - E. мезим-форте

Ответ: A

8. Характер стула при дисахаридазной недостаточности:
- A. гомогенный, желтый, со слизью
 - B. жидкий, жирный, зловонный
 - C. водянистый, кислый, трескучий
 - D. обильный, замазкообразный, ахоличный
 - E. малыми порциями со слизью

Ответ: C

9. Уровень непрямого билирубина сыворотки крови уменьшает:
- A. фототерапия
 - B. магнезия
 - C. преднизолон
 - D. аскорбиновая кислота
 - E. дроперидол

Ответ: A

10. Диагноз «муковисцидоз» подтверждает:
- A. рентгенограмма грудной клетки
 - B. исследование костного мозга
 - C. биопсия тонкого кишечника
 - D. микроскопия осадка мочи
 - E. определение электролитов пота и генетический анализ

Ответ: E

11. Для муковисцидоза не характерен признак:
- A. полифекалия
 - B. мекониальный илеус
 - C. гипернатриемия
 - D. стеаторея
 - E. ателектазы

Ответ: C

12. При непереносимости фруктозы имеет место, кроме:

- A. заболевание связано с дефектом энзима печени
- B. сопровождается гипергликемией
- C. введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния
- D. больной отстает в психомоторном развитии
- E. лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих фруктозу

Ответ: B

13. Целиакия:

- A. развивается в большинстве случаев в первые 3 мес жизни
- B. приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- C. спонтанно излечивается после 2 года жизни
- D. сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника
- E. не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

Ответ: D

14. Для приготовления пищи при целиакии используют:

- A. пшеничную муку
- B. ржаную муку
- C. овсяные хлопья
- D. манную крупу
- E. кукурузную, рисовую или гречневую муку

Ответ: E

15. Риск развития патологии пищевода увеличен при:

- A. недостаточности эзофагокардиального отдела
- B. спастическом запоре
- C. гепатите
- D. дисфункции билиарного тракта
- E. панкреатите

Ответ: A

16. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:

- A. рентгенологическое исследование ЖКТ с водно-сифонной пробой
- B. ФГДС
- C. внутрижелудочную рН-метрию
- D. рентгенологическое исследование ЖКТ с барием
- E. УЗИ желудка

Ответ: А

17. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативно проведение:

- А. ФГДС
- В. рентгенографии ЖКТ с барием
- С. исследование кала на скрытую кровь
- Д. клинического анализа крови
- Е. внутрижелудочной рН-метрии

Ответ: А

18. Для эзофагита характерны:

- А. боли за грудиной
- В. метеоризм
- С. жидкий стул
- Д. запоры
- Е. тошнота

Ответ: А

19. Причины срыгиваний у грудных детей:

- А. незрелость эзофагокардиального отдела пищевода
- В. высокий тонус желудка в пилорическом отделе
- С. высокое внутрибрюшное давление
- Д. непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- Е. все перечисленное

Ответ: Е

20. Изжога свидетельствует о:

- А. забросе желудочного содержимого в пищевод
- В. повышении кислотности желудочного содержимого
- С. диафрагмальной грыже
- Д. язвенной болезни желудка
- Е. гастродуодените

Ответ: А

21. Приступ кетоацидоза не провоцирует:

- А. интеркуррентное заболевание
- В. перекорм жирами, белками
- С. перекорм углеводами
- Д. голодание
- Е. повышенный питьевой режим

Ответ: Е

22. Рвота при кетоацидозе сопровождается:

- А. жидким стулом
- В. болями в животе
- С. головной болью
- Д. ацетонурией
- Е. метеоризмом

Ответ: D

23. При кетоацидозе в первую очередь проводят исследование:

- А. сахара
- В. протромбина
- С. билирубина
- Д. С-реактивного белка
- Е. креатинина

Ответ: А

24. Для халазии характерно:

- А. боли в правом подреберье
- В. запоры
- С. боли натощак в эпигастрии
- Д. рецидивирующая рвота
- Е. метеоризм

Ответ: D

25. Для выявления халазии необходимо провести:

- А. холецистографию
- В. копрологическое исследование
- С. рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
- Д. ирригоскопию
- Е. колоноскопию

Ответ: С

26. Ахалазия сопровождается:

- А. рвотой непереваренной пищей
- В. рвотой с примесью желчи
- С. срыгиванием через 1 ч после еды
- Д. рвотой переваренной пищей
- Е. изжогой

Ответ: А

27. Боли за грудиной связаны с:

- А. гиперацидностью
- В. раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюксэзофагите
- С. метеоризмом
- Д. повышением внутрибрюшного давления
- Е. спазмом сфинктера Одди

Ответ: В

28. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается:

- А. нарушений электролитного обмена
- В. алкалоза
- С. эксикоза
- Д. полиурии
- Е. кетоацидоза

Ответ: D

29. Показания для определения рН желудочного сока у детей:

- А. дизурические явления
- В. тощачковые боли в эпигастриальной области

- С. боли при дефекации
 D. дисфагия
 E. запоры
- Ответ: B**
30. Для язвенной диспепсии характерны:
 A. изжога
 B. рвота
 C. тошачковые боли
 D. отрыжка
 E. все перечисленное
- Ответ: C**
31. Для гиперацидности не характерно:
 A. понос
 B. тошачковая боль в гастродуоденальной зоне
 C. запор
 D. обложенность языка
 E. изжога
- Ответ: A**
32. Для хеликобактериоза не характерно:
 A. гиперплазия слизистой оболочки пилорической зоны
 B. эрозивно-язвенный процесс
 C. гиперацидность
 D. полипоз
 E. дуоденогастральный рефлюкс
- Ответ: E**
33. Качественный метод диагностики хеликобактериоза:
 A. обнаружение микроба в слюне методом ПЦР
 B. положительный уреазный тест с биоптатом
 C. выделение чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
 D. клинико-эндоскопическое исследование
 E. копрология
- Ответ: C**
34. При хеликобактериозе не эффективен:
 A. амоксициллин
 B. фуразолидон
 C. препарат висмута
 D. спазмолитик
 E. макролид
- Ответ: D**
35. Информативное исследование при гастрите:
 A. эндоскопия с биопсией
 B. рентгеноконтрастное исследование
 C. УЗИ
 D. иридодиагностика
 E. копрограмма
- Ответ: A**
36. Эвакуацию из желудка замедляет:
 A. жидкости
 B. мясные блюда
 C. щелочное питье
 D. кефир
 E. рыба
- Ответ: D**
37. Для недостаточности привратника не характерно:
 A. боли в эпигастрии во время еды
 B. позыв на дефекацию во время еды
 C. разжижение стула
 D. рвота без примеси желчи
 E. запоры
- Ответ: D**
38. Закрытию привратника способствует:
 A. прием кислой пищи в начале еды
 B. запивание еды жидкостью
 C. жирная пища
 D. пресное молоко
 E. щелочная минеральная вода перед едой
- Ответ: A**
39. При недостаточности привратника нецелесообразно назначать:
 A. креон
 B. фестал
 C. мотилиум
 D. запивать водой пищу
 E. антациды
- Ответ: D**
40. Для функциональной диспепсии характерно:
 A. дуоденогастральный рефлюкс
 B. тошнота
 C. боли в гипогастррии
 D. боли в эпигастрии во время еды и сразу после еды
 E. диспепсия
- Ответ: D**
41. Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:
 A. дивертикула желудка
 B. перегиба желудка
 C. ГЭРБ
 D. антрального гастрита
 E. СРК
- Ответ: D**
42. Наиболее информативный метод диагностики артериомезентериальной компрессии:

- A. рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное
- B. эндоскопия
- C. дуоденальное зондирование
- D. УЗИ
- E. копрограмма

Ответ: A

43. При _____ подозрении на артериомезентериальную компрессия показано:
- A. Ro-исследование в вертикальной позиции
 - B. Ro-исследование в горизонтальной позиции
 - C. Ro-исследование в вертикальном, а затем – коленно-локтевом положении
 - D. Ro-исследование в коленно-локтевом положении
 - E. УЗИ с жидкостью

Ответ: C

44. Для диагностики дуоденита наименее информативна:
- A. эндоскопия с биопсией
 - B. рентгеноскопия
 - C. УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
 - D. копрограмма
 - E. биохимический анализ крови

Ответ: D

45. Недостоверный эндоскопический признак обострения дуоденита:
- A. отечность
 - B. гиперсекреция слизи
 - C. картина «булыжной мостовой»
 - D. феномен «манной крупы»
 - E. гиперемия слизистой

Ответ: B

46. С наличием дуоденита связана патология:
- A. хронический тонзиллит
 - B. колит
 - C. пиелонефрит
 - D. синдром билиарной дисфункции
 - E. эзофагит

Ответ: D

47. Наиболее достоверный клинический признак язвенной болезни:
- A. сезонность болей
 - B. тощачковые боли в эпигастрии
 - C. рецидивирующая рвота
 - D. изжога
 - E. неустойчивый стул

Ответ: B

48. Частое осложнение язвенной болезни у детей:
- A. кровотечение
 - B. перфорация
 - C. пенетрация в поджелудочную железу
 - D. малигнизация
 - E. непроходимость

Ответ: A

49. Не оказывает репаративного действия:
- A. де-нол
 - B. ранитидин
 - C. облепиховое масло
 - D. альмагель
 - E. вентер

Ответ: D

50. При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни эффективно:
- A. гипербарическая оксигенация
 - B. лазеротерапия
 - C. антисекреторные препараты
 - D. акупунктура
 - E. антациды

Ответ: C

51. Предрасполагают к развитию холепатии:
- A. заболевания 12-перстной кишки
 - B. хронический тонзиллит
 - C. гастрит
 - D. пневмония
 - E. панкреатит

Ответ: A

52. Риск развития гепато- и холепатии повышается при:
- A. наследственной предрасположенности
 - B. перенесенном вирусном гепатите
 - C. дисбактериозе
 - D. воздушно-капельной инфекции
 - E. желчнокаменной болезни

Ответ: A

53. Основным симптомом дисфункции билиарного тракта:
- A. боль в правом подреберье
 - B. субиктеричность склер
 - C. обложенность языка
 - D. телеангиоэктазии на коже
 - E. горечь во рту

Ответ: A

54. Микроскопия дуоденального содержимого позволяет диагностировать:
- A. дисхолию
 - B. дискинезию
 - C. холецистит
 - D. врожденную аномалию
 - E. калькулезный холецистит
- Ответ: A**
55. Для дисхолии характерно:
- A. кристаллы билирубината кальция
 - B. лейкоциты
 - C. кристаллы холестерина
 - D. липидные частицы, гранулы
 - E. лямблии
- Ответ: A**
56. Рвота при пилоростенозе характеризуется:
- A. скудным срыгиванием
 - B. рвотой, по объему меньшей, чем ребенок высосал за 1 раз
 - C. обильным срыгиванием
 - D. рвотой «фонтаном»
 - E. срыгиванием после каждого кормления
- Ответ: D**
57. Дифференцировать пилоростеноз необходимо:
- A. нарушением нормального вращения кишечника
 - B. внутренней ущемленной грыжей
 - C. инвагинацией
 - D. сольтеряющей формой АГС
 - E. всем перечисленным
- Ответ: E**
58. Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома проводят путем:
- A. пальпации яичек
 - B. определения 17-оксикортикостероидов
 - C. определения полового хроматина
 - D. определения кариотипа
 - E. гистологического исследования гонад
- Ответ: D**
59. Для гипотиреоза не характерно:
- A. макроглоссия
 - B. затаянная желтуха
 - C. склонность к гипотермии
 - D. преждевременное закрытие родничков
 - E. запор
- Ответ: D**
60. Для синдрома Шерешевского - Тернера не характерно:
- A. мужской кариотип по данным анализа на хроматин
 - B. аменорея
 - C. высокий рост
 - D. пороки развития сердечно-сосудистой системы
 - E. крыловидные складки шеи
- Ответ: C**
61. Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:
- A. замедление роста
 - B. задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
 - C. увеличение полового члена
 - D. дефекты психического развития
 - E. хориоретинит
- Ответ: C**
62. Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно:
- A. увеличение клитора и половых губ
 - B. костный возраст опережает паспортный
 - C. увеличение содержания 17-кетостероидов и моче
 - D. гепатоспленомегалия
 - E. гипертрихоз
- Ответ: D**
63. Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода:
- A. тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
 - B. активизирует клетки инсулярного аппарата
 - C. приводит к атрофии инсулярного аппарата
 - D. не оказывает никакого влияния
 - E. приводит к образованию антиинсулярных антител
- Ответ: B**
64. Не характерно для врожденного гипотиреоза:
- A. крупная масса при рождении
 - B. грубый голос
 - C. тахикардия
 - D. затаявшаяся желтуха
 - E. брадикардия

Ответ: С

65. Патогномичный симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки:

- А. рвота с рождения
- В. гинекомастия
- С. вирильные наружные гениталии с пигментацией
- Д. мраморный рисунок кожи
- Е. диарея

Ответ: С

66. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении:

- А. сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- В. макроглоссия, низкий голос, брадикардия
- С. затаившаяся желтуха
- Д. специфических симптомов при рождении нет
- Е. низкая масса тела, брадикардия

Ответ: D

67. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует:

- А. ацидоз
- В. алкалоз
- С. гиперкалиемия
- Д. гипопроотеинемия
- Е. гиповентиляция

Ответ: А

68. Преднизолон оказывает все перечисленные действия, за исключением:

- А. противовоспалительного
- В. антигистаминного
- С. иммуносупрессивного
- Д. антикоагулянтного
- Е. влияния на глюконеогенез

Ответ: D

69. Не характерно для врожденного первичного гипотиреоза:

- А. задержка психомоторного развития
- В. затаившаяся желтуха новорожденных
- С. сухость кожи
- Д. диарея
- Е. запоры

Ответ: D

70. Не характерно для больного сахарным диабетом наличие:

- А. жажды
- В. учащенного мочеиспускания
- С. похудения

Д. плаксивости

Е. полифагии

Ответ: D

71. При сольтеряющей форме АГС характерны:

- А. вялость
- В. мышечная гипотония
- С. жидкий стул
- Д. рвота
- Е. все перечисленное

Ответ: E

72. Не наблюдается у больных с врожденным первичным гипотиреозом:

- А. снижение вольтжа на ЭКГ
- В. повышенный уровень ТТГ
- С. сниженный уровень Т₃, Т₄
- Д. высокий уровень гормона роста
- Е. гиперхолестеринемия

Ответ: D

73. Не характерно для больного сахарным диабетом наличие:

- А. жажды
- В. полиурии
- С. экзофтальма
- Д. расчесов на коже
- Е. сухости кожи

Ответ: С

74. При сольтеряющей форме АГС характерны:

- А. гипонатриемия
- В. гиперкалиемия
- С. высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
- Д. дегидратация
- Е. все перечисленное

Ответ: E

75. Не наблюдается при врожденном не леченном первичном гипотиреозе:

- А. полиурия
- В. пастозность тканей
- С. крупный язык
- Д. сухость кожи
- Е. грубый голос

Ответ: А

76. Неотложные мероприятия при сольтеряющей форме АГС:

- А. в/м гидрокортизон каждые 6-8 ч
- В. введение физиологического раствора NaCl
- С. ДОКСа в/м 1-2 раза в сут
- Д. введение всех перечисленных препаратов

Ответ: D

77. Не следует вводить при осложнении сахарного диабета I типа гипогликемией:

- A. 10% р-р глюкозы в/в
- B. п/к 0,5-1,0 мл адреналина
- C. глюкагон
- D. инсулин
- E. назначать диету с ограничением жира

Ответ: D

78. 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. Ваш предварительный диагноз:

- A. конституционально-экзогенное ожирение
- B. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- C. церебральное ожирение
- D. вегетодистония
- E. вазоренальная гипертензия

Ответ: B

79. Не наблюдается при врожденном первичном гипотиреозе:

- A. гиперхолестеринемия
- B. задержка дифференцировки костей скелета
- C. остеопороз
- D. полиурия
- E. брадикардия

Ответ: D

80. Не патогномонично для подтверждения диагноза «сахарный диабет»:

- A. гипербилирубинемия
- B. гипергликемия
- C. глюкозурия
- D. наличие ацетона в моче
- E. полиурия

Ответ: A

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

- A. бессознательное состояние
- B. шумное дыхание Куссмауля
- C. сухая кожа
- D. обилие хрипов в легких
- E. мягкие глазные яблоки

Ответ: D

82. Девочка 10 лет страдает ожирением II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз:

- A. конституционально-экзогенное ожирение
- B. гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- C. церебральное ожирение
- D. синдром Лоуренса – Муна - Бидля
- E. болезнь Иценко - Кушинга

Ответ: A

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

- A. гиперпигментации кожи
- B. желтушности кожи
- C. похудания
- D. общей слабости
- E. гипотонии

Ответ: B

84. Острый аппендицит и абдоминальный синдром у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета различаются наличием:

- A. глюкозурии
- B. лейкоцитоза
- C. ацетонурии
- D. гипергликемии
- E. ацидоза

Ответ: B

85. У девочки 3 лет полиурия, дефицит массы 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак – 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Ваш предварительный диагноз:

- A. почечная глюкозурия
- B. инсулинозависимый сахарный диабет
- C. несахарный диабет
- D. нарушение толерантности к углеводам
- E. тубулопатия

Ответ: B

86. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается:

- A. тремор рук

- В. судороги
- С. повышенный аппетит
- Д. гиперпигментация кожи
- Е. желтушность кожи

Ответ: D

87. У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз:

- А. церебрально-гипофизарный нанизм
- В. болезнь Дауна
- С. синдром Шерешевского-Тернера
- Д. конституциональная задержка полового и физического развития
- Е. синдром Альпорта

Ответ: С

88. У мальчиков первым пубертатным изменением является:

- А. увеличение щитовидного хряща
- В. оволосение лобка
- С. мутация голоса
- Д. оволосение лица
- Е. оволосение подмышечных впадин

Ответ: С

89. Средняя длительность полового созревания составляет:

- А. 3 года
- В. 5 лет
- С. 7 лет
- Д. 10 лет
- Е. 11 лет

Ответ: В

90. Какие из перечисленных признаков соответствуют II степени зоба по О.В. Николаеву:

- А. щитовидная железа не пальпируется
- В. увеличение щитовидной железы четко определяется не только при пальпации, но и хорошо заметно при глотании
- С. увеличенная железа хорошо пальпируется, особенно ее перешеек
- Д. увеличение щитовидной железы с формированием «толстой шеи»
- Е. форма шеи резко изменена, зоб ясно виден

Ответ: В

91. Какое состояние мышечного тонуса у больного с гипотиреозом:

- А. снижен
- В. повышен
- С. в пределах нормы

Ответ: А

92. Осложнением болезни Иценко-Кушинга является:

- А. гипотензии
- В. гипотермия
- С. прогрессирующее похудание
- Д. тромбоцитопения
- Е. почечная недостаточность

Ответ: Е

93. При ДТЗ уровень глюкозы в крови может быть:

- А. повышен
- В. снижен

Ответ: А

94. Нарушения функции почек при тиреотоксикозе могут проявляться:

- А. нарушением реабсорбции кальция и фосфора
- В. протеинурией
- С. усилением фильтрационной способности почек
- Д. нарушением почечного кровотока
- Е. нарушением концентрационной функции

Ответ: А

95. Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе обусловлен:

- А. воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
- В. воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
- С. блокированием поступления йода в щитовидную железу
- Д. торможением превращения тироксина в трийодтиронин
- Е. блокированием ТТГ

Ответ: А

96. Гистологически аутоиммунный тиреоидит характеризуется:

- А. фиброзом
- В. инфильтрацией лимфоцитами
- С. гигантоклеточными гранулемами
- Д. инфильтрацией полиморфоядерными лейкоцитами
- Е. накоплением коллоида

Ответ: В

97. При аутоиммунном тиреоидите наиболее часто встречаются антитела к:

- А. тиреоглобулину

- В. тиреопероксидазе
- С. рецептору ТТГ
- Д. ретробульбарной клетчатке
- Е. островковым клеткам поджелудочной железы

Ответ: В

98. Гистологически зоб Риделя характеризуется:

- А. фиброзом с прорастанием капсулы щитовидной железы, сосудов и нервов
- В. гигантоклеточными гранулёмами
- С. инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами
- Д. прорастанием капсулы щитовидной железы, лимфатических и кровеносных сосудов, спаянностью с кожей
- Е. инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками Гюртле

Ответ: А

99. Главный симптом тиреотоксикоза:

- А. диффузный гипергидроз
- В. наджелудочковая тахикардия
- С. мерцательная аритмия
- Д. мышечная слабость
- Е. потеря в весе

Ответ: В

100. По биологическим эффектам трийодтиронин активнее тироксина:

- А. в 2 раза
- В. в 3 раза
- С. в 4-5 раз
- Д. в 10 раз
- Е. в 20 раз

Ответ: С

101. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется:

- А. ДМЖП
- В. тетрада Фалло
- С. транспозиция магистральных сосудов
- Д. открытый артериальный проток
- Е. ДМПП

Ответ: С

102. При фиброэластозе чаще всего поражается:

- А. левый желудочек
- В. левое предсердие
- С. правый желудочек
- Д. правое предсердие
- Е. все отделы

Ответ: А

103. При беспокойстве у детей нарастает цианоз слизистых и кожных покровов при перечисленных заболеваниях, кроме:

- А. врожденного порока сердца
- В. метгемоглобинемии
- С. пневмонии
- Д. ателектаза
- Е. крупа

Ответ: В

104. У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-м межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме – гиперволемия малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз:

- А. стеноз легочной артерии
- В. ДМЖП
- С. субаортальный стеноз
- Д. открытый артериальный проток
- Е. коарктация аорты

Ответ: В

105. При бактериальном поражении клапанов сердца наблюдается:

- А. увеличение селезенки
- В. лихорадка
- С. увеличение СОЭ
- Д. анемия
- Е. все перечисленное

Ответ: Е

106. При большом ДМЖП у ребенка 3 мес характерны все перечисленные признаки, кроме:

- А. одышки и непереносимости физической нагрузки
- В. повторных пневмоний
- С. акцента второго тона на легочной артерии
- Д. судорог
- Е. тахикардии

Ответ: D

107. При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно:

- А. вводить строфантин
- В. давать кислород
- С. назначать пропранолол (анаприлин, обзидан)
- Д. вводить промедол
- Е. при продолжении приступа проводить инфузионную терапию

Ответ: А

108. К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, не относится:

- А. открытый артериальный проток
- В. коарктация аорты
- С. транспозиция крупных сосудов
- Д. дефект мышечной части межжелудочковой перегородки
- Е. тетрада Фалло

Ответ: D

109. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:

- А. повышение уровня иммуноглобулинов
- В. диспротеинемия
- С. LE-клетки
- Д. увеличение СОЭ
- Е. изменения в моче

Ответ: С

110. При системном варианте ревматоидного артрита может наблюдаться:

- А. высокая лихорадка
- В. перикардит
- С. увеличение лимфоузлов
- Д. СОЭ 60 мм/ч
- Е. все перечисленное

Ответ: E

111. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, T 38°C. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Три недели назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:

- А. постинфекционный миокардит
- В. острая ревматическая лихорадка
- С. ревматоидный артрит
- Д. септический кардит
- Е. реактивный артрит

Ответ: B

112. К основным критериям ревматизма по Киселю – Джонсу – Нестерову относится:

- А. повышение титра АСЛО
- В. абдоминальный синдром
- С. кардит
- Д. снижение зубца Т на ЭКГ
- Е. увеличение интервала QT на ЭКГ

Ответ: С

113. Один из основных диагностических критериев ревматизма:

- А. очаговая инфекция
- В. артрит
- С. общее недомогание
- Д. артралгия
- Е. лихорадка

Ответ: B

114. Основная причина формирования приобретенных пороков сердца у детей:

- А. скарлатина
- В. системная красная волчанка
- С. ревматизм
- Д. септический эндокардит
- Е. ревматоидный артрит

Ответ: С

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

- А. клинический анализ крови амбулаторно
- В. биохимический анализ крови амбулаторно
- С. консультацию кардиоревматолога
- Д. госпитализацию
- Е. ЭКГ амбулаторно

Ответ: D

116. Если ребенка с предварительным диагнозом «острая ревматическая лихорадка» не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, кроме:

- А. клинического анализа крови на дому
- В. ЭКГ на дому
- С. назначения аспирина
- Д. Эхо-КГ в диагностическом центре
- Е. назначения пенициллина

Ответ: D

117. В начальный период ревматической атаки показано применение:

- А. пенициллина
- В. цефазолина
- С. левомицетина
- Д. бициллина
- Е. цефтазидима

Ответ: A

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

- A. пенициллина
- B. преднизолон
- C. диклофенак
- D. цефалоспоринов 2-го поколения
- E. поливитаминов

Ответ: D

119. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 мес. Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать:

- A. аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5
- B. бициллин-3
- C. пенициллин
- D. эритромицин
- E. преднизолон

Ответ: A

120. Реабилитацию детей, перенесших атаку ревматизма, в поликлинике организует:

- A. физиотерапевт
- B. участковый педиатр
- C. ЛОР-специалист
- D. врач ЛФК
- E. зав. отделением

Ответ: B

121. НПВС не рекомендуются при:

- A. ревматизме
- B. ревматоидном артрите
- C. тромбоцитопенической пурпуре
- D. посттравматическом артрите
- E. реактивном артрите

Ответ: C

122. Стероидные (гормональные) противовоспалительные препараты могут вызвать:

- A. усиление тромбообразования
- B. повышение АД
- C. возникновение язвы ЖКТ
- D. гипергликемию
- E. все перечисленное

Ответ: E

123. При лечении больного цитостатиками необходимо регулярно назначать:

- A. консультацию окулиста
- B. клинический анализ крови
- C. рентгенографию (для выявления остеопороза костей)
- D. измерение АД
- E. УЗИ органов брюшной полости

Ответ: B

124. К группе НПВС не относится:

- A. ацетилсалициловая кислота

- B. диклофенак
- C. индометацин
- D. преднизолон
- E. нимесулид

Ответ: D

125. При дистрофии миокарда назначают:

- A. ацетилсалициловую кислоту
- B. диклофенак
- C. витамины, L-карнитин, оротат калия
- D. хлористый кальций
- E. капотен

Ответ: C

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

- A. 1 год
- B. 2 года
- C. 3 года
- D. 5 лет
- E. до перехода во взрослую сеть

Ответ: E

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

- A. двусторонняя инъекция склер, конъюнктивит
- B. изменения слизистой полости рта
- C. изменения периферических отделов конечностей
- D. сыпь, шейная лимфаденопатия
- E. все перечисленное

Ответ: E

128. При болезни Kawasaki показаны:

- A. кортикостероиды в больших дозах
- B. внутривенный иммуноглобулин 2 г/кг/курс + аспирин 100 мг/кг/сут
- C. кортикостероиды в малых дозах
- D. цитостатики
- E. антибиотики широкого спектра действия

Ответ: B

129. Наиболее грозное осложнение болезни Kawasaki:

- A. нефрит
- B. энцефалит
- C. аневризма коронарных артерий
- D. гангрена дистальных фаланг конечностей
- E. гемофагоцитарный синдром

Ответ: C

130. Не относится к проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности:

- А. бледность кожных покровов
- В. нитевидный пульс
- С. падение АД
- Д. гиперемия кожи
- Е. одышка

Ответ: D

131. Ортостатический коллапс может вызвать:

- А. дибазол
- В. престариум
- С. папаверин
- Д. анаприлин
- Е. преднизолон

Ответ: D

132. При острой сердечно-сосудистой недостаточности не показан:

- А. допамин
- В. преднизолон
- С. мезатон
- Д. пропранолол
- Е. инфузионная терапия

Ответ: D

133. Злокачественная гипертония чаще всего наблюдается при:

- А. системной красной волчанке
- В. геморрагическом васкулите
- С. узелковом полиартериите
- Д. открытом артериальном протоке
- Е. аортальной недостаточности

Ответ: C

134. Высокую гипертензию чаще обуславливает:

- А. порок развития сосудов почки
- В. пиелонефрит
- С. удвоение чашечно-лоханочной системы
- Д. наследственный нефрит
- Е. вегетодистония

Ответ: A

135. Наиболее информативное исследование для выявления вазоренальной гипертонии:

- А. цистография
- В. измерение АД на ногах
- С. внутривенная урография
- Д. ренальная ангиография
- Е. УЗИ сосудов почек

Ответ: D

136. С артериальной гипертонией протекает:

- А. стеноз легочной артерии

В. стеноз аорты

С. коарктация аорты

Д. ДМПП

Е. ДМЖП

Ответ: C

137. Наиболее информативно для дифференциальной диагностики гипертонии при коарктации аорты:

- А. повышение в моче альдостерона
- В. нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
- С. АД на ногах ниже, чем на руках
- Д. снижение в моче уровня катехоламинов
- Е. АД на ногах выше, чем на руках

Ответ: C

138. При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет:

- А. фонокардиограмма
- В. Эхо-КГ
- С. ЭКГ
- Д. реокардиограмма
- Е. ЭЭГ

Ответ: C

139. Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается при:

- А. миокардите
- В. выпотном перикардите
- С. слипчивом перикардите
- Д. тяжелой анемии
- Е. всем перечисленным

Ответ: E

140. Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует:

- А. оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
- В. ограничить физические нагрузки
- С. оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
- Д. госпитализировать для обследования
- Е. назначить дома цитохром С, актовегин

Ответ: D

141. Для диагностики пароксизмальной тахикардии экстренно проводят:

- А. рентгенографию
- В. ЭКГ
- С. велоэргометрию
- Д. определение калия в крови
- Е. Эхо-кардиографию

Ответ: В

142. Наиболее характерный симптом при пароксизмальной тахикардии у детей старше года:

- А. ЧСС 120 в мин
- В. ЧСС более 160-180 в мин, ритмичность сердечных сокращений
- С. ЧСС 140 в мин
- Д. перебои (выпадения) сердечных сокращений
- Е. дизритмичность сердечных сокращений

Ответ: В

143. Характерные ЭКГ-признаки желудочковой формы пароксизмальной тахикардии:

- А. ритм 130 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
- В. ритм более 180 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
- С. ритм 160 в мин, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- Д. ритм 150 в мин, нерегулярный, узкий комплекс QRS
- Е. ритм 150 в мин, уширенный комплекс QRS

Ответ: Е

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

- А. адреналина в/в
- В. дигоксина в/м
- С. кордарона в/в
- Д. АТФ в/в
- Е. дизопирамида в/в

Ответ: D

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

- А. анаприлин
- В. строфантин
- С. новокаинамид
- Д. кордарон
- Е. верапамил

Ответ: D

146. При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается:

- А. дизритмия

В. ЧСС 50-60 в мин

С. ЧСС 90 в мин

Д. дефицит пульса

Е. ЧСС 100 в мин

Ответ: В

147. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы:

- А. резкого цианоза
- В. потери сознания
- С. сердцебиения
- Д. одышечно-цианотические
- Е. жара, гиперемии лица

Ответ: В

148. К средствам неотложной терапии приступа Морганьи – Эдамса – Стокса при атриовентрикулярной блокаде не относится:

- А. строфантин
- В. атропин
- С. адреналин
- Д. закрытый массаж сердца
- Е. добутамин

Ответ: А

149. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны:

- А. гипергидроз
- В. тахикардия
- С. красный дермографизм
- Д. склонность к обморокам
- Е. плохая переносимость транспорта

Ответ: В

150. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается:

- А. систолодиастолический шум
- В. длинный дующий систолический шум на верхушке
- С. мезодиастолический шум
- Д. глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум
- Е. поздний систолический шум

Ответ: D

151. Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель:

- А. уровень гаммаглобулинов
- В. мочевины
- С. С-реактивный белок
- Д. сиаловая реакция
- Е. прокальцитонин

Ответ: В

152. Для бактериального (инфекционного) эндокардита характерны:

- А. лихорадка
- В. поражение аортального клапана
- С. увеличение СОЭ
- Д. гиперкоагуляция
- Е. все перечисленное

Ответ: Е

153. В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеют:

- А. ЭКГ, Эхо-кардиография
- В. СМАД
- С. рентгенография
- Д. протеинограмма
- Е. исследование функции внешнего дыхания

Ответ: А

154. При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить:

- А. кофеин
- В. кордиамин
- С. дигоксин
- Д. индерал (анаприлин)
- Е. капотен, мочегонные

Ответ: Е

155. Инфекционно-токсическую кардиопатию (дистрофию миокарда) при пневмонии характеризует:

- А. нарушение проводимости (удлинение PQ)
- В. перегрузка левого желудочка
- С. блокада левой ножки пучка Гиса
- Д. снижение зубца Т
- Е. расширение границ сердца

Ответ: D

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

- А. оротат калия, кудесан, ККБ
- В. преднизолон
- С. кордиамин
- Д. пенициллин
- Е. витамин В15

Ответ: А

157. Дистрофия миокарда может возникнуть у детей при:

- А. физических перегрузках
- В. эндокринных заболеваниях
- С. сепсисе и остеомиелите
- Д. ожирении
- Е. всем перечисленном

Ответ: Е

158. Наиболее точный метод определения границ сердца:

- А. пальпация
- В. перкуссия
- С. рентгеноскопия
- Д. рентгенография
- Е. Эхо-кардиография

Ответ: D

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

- А. клинический анализ крови и ЭКГ
- В. суточное мониторирование ритма сердца
- С. рентгенографию сердца
- Д. пробу с физической нагрузкой
- Е. велоэргометрию

Ответ: А

160. На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердце. Клинически патологии не выявлено. Ей необходимо назначить:

- А. ЭКГ, Эхо-кардиографию
- В. апекскардиограмму
- С. суточное мониторирование ритма сердца
- Д. пробу с физической нагрузкой
- Е. велоэргометрию

Ответ: А

161. Перед назначением плавания грудному ребенку проводят:

- А. рентгенографию сердца
- В. ЭКГ
- С. Эхо-кардиографию
- Д. клинический анализ крови
- Е. определение С-реактивного белка

Ответ: В

162. Для гипертрофической кардиомиопатии характерно:

- А. гипертрофия межжелудочковой перегородки
- В. увеличение полости левого желудочка
- С. увеличение полости правого желудочка
- Д. гипертрофия предсердий
- Е. аномальное крепление митральных хорд

Ответ: А

163. Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

- А. гипертрофия левого желудочка

- В. увеличение полостей желудочков
- С. гипертрофия правого желудочка
- Д. гипертрофия межжелудочковой перегородки
- Е. аномальная трабекула

Ответ: В

164. Перед началом занятий в спортивной секции обязательно проведение:

- А. Эхо-КГ
- В. СМАД
- С. ЭКГ
- Д. рентгенографии
- Е. велоэргометрии

Ответ: С

165. Для гиперτροφической кардиомиопатии наиболее информативно исследование:

- А. Эхо-КГ
- В. рентгенограмма
- С. радиоизотопное исследование
- Д. ЭКГ
- Е. СМАД

Ответ: А

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

- А. 0,14 с
- В. 0,10 с
- С. 0,18 с
- Д. 0,20 с
- Е. 0,22 с

Ответ: В

167. Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано:

- А. гиперкалиемией
- В. гипокалиемией
- С. инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии
- Д. тяжелой аллергической реакцией
- Е. миокардитом

Ответ: А

168. Дети с WPW на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

- А. ревматизма
- В. гипертрофической кардиомиопатии
- С. пароксизмальной тахикардии
- Д. перикардита
- Е. поствирусного миокардита

Ответ: С

169. Наиболее информативное исследование для диагностики пролапса митрального клапана:

- А. ЭКГ
- В. Эхо-КГ
- С. СМАД
- Д. рентгенограмма сердца
- Е. КТ

Ответ: В

170. Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является:

- А. ЭКГ
- В. рентгенография
- С. СМАД
- Д. Эхо-КГ
- Е. МРТ

Ответ: Д

171. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно:

- А. высокое СОЭ
- В. рентгенологические данные
- С. определение иммуноглобулинов
- Д. утолщение костальной плевры
- Е. определение ревматоидного фактора

Ответ: В

172. К прямым антикоагулянтам относится:

- А. фенилин
- В. дипиридамола
- С. гепарин
- Д. дикумарин
- Е. тиклид

Ответ: С

173. К непрямым антикоагулянтам относится:

- А. дипиридамола
- В. гепарин
- С. аспирин
- Д. фенилин
- Е. тиклид

Ответ: Д

174. К НПВС не относится:

- А. пироксикам
- В. напроксен
- С. монтелукаст
- Д. лорноксикам (ксефокам)
- Е. диклофенак

Ответ: С

175. К НПВС относится:

- А. инстенон
- В. метипред
- С. преднизолон

Д. лорноксикам (ксефокам)

Е. актовегин

Ответ: D

176. При гормональной терапии ревматоидного артрита в диету включают:

А. творог и кефир

В. овощные и фруктовые салаты

С. печеный картофель

Д. сухофрукты

Е. все перечисленное

Ответ: E

177. Капотен относится к:

А. миотропным гипотензивным средствам

В. бета-адреноблокаторам

С. ганглиоблокаторам

Д. иАПФ

Е. альфа-адреноблокаторам

Ответ: D

178. Снижает АД путем изменения водно-электролитного баланса:

А. гипотиазид

В. дибазол

С. натрия нитропруссид

Д. капотен

Е. ганглиоблокатор

Ответ: A

179. К иАПФ относится:

А. пропранолол

В. апрессин

С. дибазол

Д. эналаприл

Е. верапамил

Ответ: D

180. Клиническими признаками узловой эритемы не являются:

А. симметрично расположенные, болезненные узлы в подкожной клетчатке вишнево-красного цвета

В. зуд

С. повышение температуры тела

Д. симптом интоксикации

Е. пигментация

Ответ: B

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов

181. Основные пути передачи внутрибольничной инфекции:

А) через руки персонала

Б) через продукты питания

В) через белье

Г) через предметы ухода

Д) через медицинский инструментарий

182. Вакцинация БЦЖ противопоказана:

А) при врожденных ферментопатиях

Б) при иммунодефицитных состояниях

В) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье;

Г) во всех указанных случаях

Д) при агаммаглобулинемии Bruton

183. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:

А) хориоретинит

Б) катаракта

В) миокардит

Г) геморрагический синдром

Д) туберозный склероз

184. Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки характерно осложнение:

А) хориоретинит

Б) катаракта

В) миокардит

Г) геморрагический синдром

Д) стоматит

185. Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции:

А) токсоплазмоз

Б) микоплазмоз

В) хламидиоз

Г) цитомегалия

Д) герпес

186. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:

А) сроки внутриутробного поражения

Б) токсичность возбудителя

В) путь проникновения инфекции

Г) состояния реактивности организма плода

Д) ни один из перечисленных

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

А) тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода

Б) активизирует клетки инсулярного аппарата

В) приводит к атрофии инсулярного аппарата

Г) не оказывает никакого влияния

Д) приводит к образованию антиинсулярных антител

188. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть:
- А) аспирационная пневмония
 - Б) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
 - В) гнойный лептоменингит, остеомиелит
 - Г) все перечисленные
 - Д) сепсис
189. Укажите основной путь инфицирования плода при активном туберкулезе у матери:
- А) трансплацентарный
 - Б) восходящий
 - В) через половые клетки отца и матери
 - Г) при прохождении плода по родовым путям
 - Д) бронхолегочный
190. Для врожденного гипотиреоза не характерно:
- А) крупная масса при рождении
 - Б) грубый голос
 - В) тахикардия
 - Г) затаившаяся желтуха
 - Д) брадикардия
191. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь:
- А) кожа и слизистые оболочки
 - Б) кости
 - В) печень
 - Г) центральная нервная система
 - Д) почки
192. Прием беременной женщиной тетрациклина может вызвать у плода:
- А) поражение глаз
 - Б) поражение скелета
 - В) поражение зачатков зубов
 - Г) все перечисленное
 - Д) анемию
193. Для болезни гиалиновых мембран не типичен признак:
- А) цианоз
 - Б) тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
 - В) метаболический ацидоз
 - Г) гипокапния и гипероксемия
 - Д) дыхательная недостаточность
194. Потребность плода в железе значительно возрастает:
- А) с 12 недель
 - Б) с 20 недель
 - В) с 28 недель
 - Г) с 36 недель
 - Д) остается равномерной в течение всего периода беременности
195. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является:
- А) субдуральное кровоизлияние
 - Б) перивентрикулярное кровоизлияние;
 - В) отек мозга
 - Г) перивентрикулярная лейкомаляция
 - Д) менингоэнцефалит
196. Первый «перекрест в формуле крови» у недоношенных детей происходит:
- А) на 4-й день
 - Б) на 5-й день
 - В) на 6-й день жизни
 - Г) после 7-10 дня жизни
 - Д) на 21 день жизни.
197. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется:
- А) к концу 1-й недели жизни
 - Б) к концу 2-й недели жизни
 - В) к концу 1-го месяца жизни
 - Г) на 2-м месяце жизни
 - Д) на 3 месяце жизни
198. Потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании:
- А) 1.5-2 г/кг/сутки
 - Б) 2.25-3.5 г/кг/сутки
 - В) 3.6-4 г/кг/сутки
 - Г) 4.5-5 г/кг в сутки
 - Д) 5.0-5.5 г/кг в сутки
199. В углеводах грудного молока преобладает сахар:
- А) сахароза
 - Б) мальтоза
 - В) бета-лактоза
 - Г) галактоза
 - Д) глюкоза
200. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании способствуют:
- А) короткий пищевод
 - Б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка
 - В) относительный гипертонус пилорического отдела желудка
 - Г) все перечисленные;
 - Д) физиологический дефицит

- ферментов
201. В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне:
- желудка
 - верхних отделов тонкой кишки
 - тощей кишки
 - толстой кишки
 - во всех отделах равномерно
202. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через:
- 1 неделю
 - 2-3 недели
 - 4-6 недель
 - 2-3 месяца
 - 4-6 месяцев
203. Наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:
- асфиксия и родовая травма
 - пороки развития ЦНС
 - гипогликемия и гипокальциемия
 - гипербилирубинемия
 - гипергликемия
204. Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является:
- анемия
 - поражение печени
 - поражение ЦНС
 - сердечная недостаточность
 - поражение почек
205. Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается:
- при лактазной недостаточности
 - при муковисцидозе
 - при экссудативной энтеропатии
 - все ответы правильные
 - при галактоземии
206. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется:
- дефект межжелудочковой перегородки
 - тетрада Фалло
 - транспозиция магистральных сосудов
 - открытый артериальный проток
 - дефект межпредсердной перегородки
207. Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса:
- множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
 - нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза
 - тяжелое поражение ЦНС
 - выраженный кишечный синдром
 - пневмония
208. Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей:
- наличие множества гнойных очагов
 - тяжелая сердечная недостаточность
 - гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
 - нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК
 - гипертермия, токсикоз
209. В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:
- белка
 - витаминов А и Е
 - иммуноглобулина А
 - лактозы
 - галактозы
210. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь:
- родовую травму ЦНС
 - порок развития головного мозга
 - метаболические нарушения
 - гнойный менингит
 - вирусный энцефалит
211. Патогномичным симптомом для аденогенитального синдрома у новорожденной девочки является:
- рвота с рождения
 - гинекомастия
 - вирильные наружные гениталии с пигментацией
 - мраморный рисунок кожи
 - диарея
212. Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:
- пемфигус
 - везикулопустулез
 - болезнь Риттера
 - псевдофурункулез
 - синдром Лайела

213. При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных детей наиболее эффективен метод:
- фототерапия
 - лечение фенобарбиталом
 - инфузионная терапия
 - комбинация перечисленных методов
 - энтеросорбенты
214. Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении:
- сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
 - макроглоссия, низкий голос, брадикардия
 - затянувшаяся желтуха
 - специфических симптомов при рождении нет
 - низкая масса тела, брадикардия
215. Укажите характер стула при дисахаридазной недостаточности:
- гомогенный, желтый, со слизью
 - жидкий, жирный, зловонный
 - водянистый, кислый, трескучий
 - обильный, замазкообразный, ахолический
 - малыми порциями со слизью
216. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:
- врожденной краснухе
 - врожденной цитомегалии
 - врожденной герпетической инфекции
 - всех перечисленных случаях
 - врожденном сифилисе
217. Заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка позволяет:
- одышка
 - тремор конечностей
 - тахикардия
 - апноэ
 - тахипноэ
218. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют:
- гипоксия
 - ацидоз
 - гипогликемия
 - все перечисленные
 - недоношенность
219. Гибель недоношенных детей в раннем неонатальном периоде наиболее часто вызывают:
- родовая травма
 - асфиксия и пневмопатии
 - инфекции
 - врожденные пороки развития
 - сепсис
220. Укажите частое осложнение пневмонии у недоношенных детей:
- абсцедировани;
 - плеврит;
 - сердечная недостаточность
 - менингит;
 - сепсис
221. Ребенка в возрасте 2 лет можно считать часто болеющим, если:
- острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз
 - обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год
 - на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни
 - у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год
 - ОРЗ отмечались 6 раз
- Ответ: А**
222. Занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить:
- с рождения
 - не нужны
 - с 1,5 мес
 - с 2 мес
 - с 6 мес
- Ответ: С**
223. Лабораторная диагностика фенилкетонурии включает:
- пробу на ацетон
 - пробу с треххлористым железом
 - исследование белковых фракций
 - исследование крови на церуллоплазмин
 - исследование содержания креатинфосфокиназы в крови и моче
- Ответ: В**
224. Чаще встречаются наследственные заболевания:
- хромосомные
 - с доминантным типом наследования
 - болезни с наследственным предрасположением

D. с неустановленным типом наследования

E. с рецессивным типом наследования

Ответ: С

225. Не относится к группе хромосомных заболеваний:

A. болезнь Дауна

B. синдром Альпорта

C. синдром Шерешевского - Тернера

D. синдром Патау

E. синдром Эдварса

Ответ: B

226. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию:

A. груши зеленого цвета

B. чернослив

C. апельсины

D. яблоки зеленого цвета

E. персики

Ответ: С

227. Часто вызывает пищевую аллергию мука:

A. гречневая

B. рисовая

C. овсяная

D. манная

E. соевая

Ответ: E

228. Базисным в лечении пищевой аллергии является:

A. эуфиллин

B. элиминационная диета

C. кромогликат натрия

D. супрастин

E. тавегил

Ответ: B

229. Прикорм ребенку с пищевой аллергией вводится в возрасте:

A. 10 мес.

B. 5,5 мес.

C. 2 мес.

D. 4 мес.

Ответ: B

230. Длительный и стабильный эффект при лечении пищевой аллергии возможен при назначении:

A. мембраностабилизирующих препаратов

B. элиминационной диеты

C. специфической гипосенсибилизации

D. энтеросорбентов

E. антигистаминных препаратов 2-го поколения

Ответ: B

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

A. адаптированными смесями на основе коровьего молока

B. соевыми смесями

C. смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки

D. кисломолочными смесями

E. высокогидролизованными смесями

Ответ: E

232. Для синдрома «кошачьего крика» характерно:

A. делеция плечика 5-й пары хромосом

B. транслокация 21-й хромосомы

C. кольцевидная хромосома 18-й пары

D. отсутствие X-хромосомы

E. лишняя X-хромосома

Ответ: A

233. Не относится к наследственным нарушениям обмена билирубина:

A. болезнь Криглера - Найяра

B. болезнь Жильбера

C. болезнь Ротера

D. прегнановая желтуха

E. желтуха при дефиците альфа-1-антитрипсина

Ответ: D

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

A. мальчик

B. девочка

C. все дети будут здоровы

D. могут заболеть и мальчики и девочки

E. оба мальчика из однойцово-двойни

Ответ: B

235. Для гипотиреоза не характерно:

A. макроглоссия

B. затажная желтуха

C. склонность к гипотермии

D. преждевременное закрытие родничков

E. запор

Ответ: D

236. При фенилкетонурии доминирует:

A. поражение кишечника и нарастающая гипотрофия

B. депрессия гемопоеза

- С. неврологическая симптоматика
- Д. экзема и альбинизм
- Е. нефропатия

Ответ: С

237. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самый частый вариант поражения ЦНС:

- А. субдуральное кровоизлияние
- В. перивентрикулярное кровоизлияние
- С. перивентрикулярная лейкомаляция
- Д. менингоэнцефалит
- Е. отек мозга

Ответ: Е

238. Первый перекрест в формуле крови у недоношенных детей происходит:

- А. на 4-й день жизни
- В. 5-й день жизни
- С. 6-й день жизни
- Д. после 7-10 дня жизни
- Е. на 21 день жизни

Ответ: D

239. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется к:

- А. концу 1-й нед жизни
- В. концу 2-й нед жизни
- С. концу 1-го мес жизни
- Д. на 2 мес жизни
- Е. на 3 мес жизни

Ответ: В

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

- А. 1.5-2 г/кг
- В. 2.2 г/кг
- С. 3.6 г/кг
- Д. 4.5 г/кг
- Е. 5.0 г/кг

Ответ: В

241. В углеводах грудного молока преобладает:

- А. сахароза
- В. мальтоза
- С. бета-лактоза
- Д. галактоза
- Е. глюкоза

Ответ: С

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

- А. короткий пищевод

- В. недостаточное развитие кардиального отдела желудка
- С. относительный гипертонус пилорического отдела желудка
- Д. физиологический дефицит ферментов
- Е. все перечисленное

Ответ: Е

243. В ЖКТ новорожденного ребенка железо всасывается на уровне:

- А. желудка
- В. верхних отделов тонкой кишки
- С. тощей кишки
- Д. толстой кишки
- Е. во всех отделах равномерно

Ответ: В

244. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через:

- А. 1 нед
- В. 2-3 нед
- С. 4-6 нед
- Д. 2-3 мес
- Е. 4-6 мес

Ответ: С

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

- А. асфиксия и родовая травма
- В. пороки развития ЦНС
- С. гипогликемия и гипокальциемия
- Д. гипербилирубинемия
- Е. гипергликемия

Ответ: С

246. Самые тяжелое осложнение при желтушной форме ГБН:

- А. анемия
- В. поражение печени
- С. поражение ЦНС
- Д. сердечная недостаточность
- Е. поражение почек

Ответ: С

247. Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается при всех заболеваниях, кроме:

- А. лактазной недостаточности
- В. муковисцидоза
- С. экссудативной энтеропатии
- Д. гастроинтестинальной аллергии
- Е. галактоземии

Ответ: Е

248. Препаратом выбора при лечении муковисцидоза является:

- A. креон
- B. фестал
- C. панкреатин
- D. ораза
- E. мезим-форте

Ответ: А

249. Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется:

- A. ДМЖП
- B. тетрада Фалло
- C. транспозиция магистральных сосудов
- D. открытый артериальный проток
- E. ДМПП

Ответ: С

250. Основной дифференциально-диагностический признак сепсиса:

- A. множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- B. очаги инфекции и признаки системного воспаления
- C. тяжелое поражение ЦНС
- D. выраженный кишечный синдром
- E. пневмония

Ответ: В

251. Клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей:

- A. множество гнойных очагов
- B. тяжелая сердечная недостаточность
- C. гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
- D. нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК
- E. гипертермия, токсикоз

Ответ: D

252. В зрелом женском молоке по сравнению с молозивом выше содержание:

- A. белка
- B. витаминов А и Е
- C. Ig А
- D. лактозы
- E. галактозы

Ответ: D

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

- A. родовую травму ЦНС

B. порок развития головного мозга

C. метаболические нарушения

D. гнойный менингит

E. вирусный энцефалит

Ответ: С

254. При фиброэластозе чаще всего поражается:

- A. левый желудочек
- B. левое предсердие
- C. правый желудочек
- D. правое предсердие
- E. все отделы

Ответ: А

255. Патогномоничный симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки:

- A. рвота с рождения
- B. гинекомастия
- C. вирильные наружные гениталии с пигментацией
- D. мраморный рисунок кожи
- E. диарея

Ответ: С

256. Наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:

- A. пемфигус
- B. везикулопустулез
- C. болезнь Риттера
- D. псевдофурункулез
- E. синдром Лайела

Ответ: В

257. При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных детей наиболее эффективен метод:

- A. фототерапия
- B. лечение фенобарбиталом
- C. инфузионная терапия
- D. комбинация перечисленных методов
- E. энтеросорбенты

Ответ: А

258. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении:

- A. сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- B. макроглоссия, низкий голос, брадикардия
- C. затянувшаяся желтуха
- D. специфических симптомов при рождении нет
- E. низкая масса тела, брадикардия

Ответ: D

259. Характер стула при дисахаридазной недостаточности:

- А. гомогенный, желтый, со слизью
- В. жидкий, жирный, зловонный
- С. водянистый, кислый, трескучий
- Д. обильный, замазкообразный, ахолический
- Е. малыми порциями со слизью

Ответ: С

260. Заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка позволяет:

- А. одышка
- В. тремор конечностей
- С. тахикардия
- Д. апноэ
- Е. тахипноэ

Ответ: D

261. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют:

- А. гипоксия
- В. ацидоз
- С. гипогликемия
- Д. недоношенность
- Е. все перечисленные

Ответ: E

262. Частое осложнение пневмонии у недоношенных детей:

- А. абсцедирование
- В. плеврит
- С. сердечная недостаточность
- Д. менингит
- Е. сепсис

Ответ: C

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

- А. сепсис
- В. гипотиреоз
- С. ГБН по АВ0 системе
- Д. пилоростеноз;
- Е. физиологическая желтуха новорожденного

Ответ: B

264. Карпопедальный спазм характерен для:

- А. дефицита железа
- В. гипофосфатемии
- С. гипокальциемии
- Д. фебрильных судорог

Е. эписиндрома

Ответ: C

265. Развитию рахита при длительном применении способствуют:

- А. антиконвульсанты
- В. папаверин
- С. пиридоксальфосфат
- Д. пенициллин
- Е. глицин

Ответ: A

266. Витамин Д:

- А. увеличивает продукцию паратгормона
- В. способствует всасыванию Са из ЖКТ
- С. блокирует канальцевую реабсорбцию Са
- Д. повышает уровень щелочной фосфатазы в крови
- Е. на указанные биологические эффекты вит. Д не влияет

Ответ: B

267. Краниотабес не наблюдают:

- А. при Д-дефицитном рахите
- В. при Д-зависимом рахите
- С. при остеопорозе
- Д. у недоношенного и незрелого ребенка
- Е. при гипотрофии и Д-дефицитном рахите

Ответ: E

268. Для паротитной инфекции не характерно наличие:

- А. панкреатита
- В. поражения субмандибулярной и сублингвальной желез
- С. менингита
- Д. нефрита
- Е. орхита (или аднексита)

Ответ: D

269. Причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка:

- А. увеличение силы дыхательной мускулатуры
- В. уменьшение бактериальной аллергии
- С. увеличение просвета бронхов
- Д. уменьшение реактивности лимфатической ткани
- Е. уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

Ответ: C

270. Для гемолитико-уремического синдрома не типично наличие:

- А. анемии
- В. прямой гипербилирубинемии
- С. тромбоцитопении
- Д. олигурии
- Е. протеинурии

Ответ: В

271. Бронхиолит у детей раннего возраста:

- А. легкое и кратковременное заболевание
- В. обусловлен аллергическим компонентом
- С. ранний признак бронхиальной астмы
- Д. приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию бронхов
- Е. бронхиолита у детей раннего возраста не бывает

Ответ: Д

272. При беспокойстве у детей нарастает цианоз слизистых и кожных покровов при перечисленных заболеваниях, кроме:

- А. врожденного порока сердца
- В. метгемоглобинемии
- С. пневмонии
- Д. ателектаза
- Е. крупа

Ответ: В

273. Практически не встречается в раннем детском возрасте:

- А. бронхопневмония
- В. аспирационная пневмония
- С. лобарная пневмония
- Д. абсцедирующая пневмония
- Е. пневмоцистная пневмония

Ответ: С

274. Признаки железодефицитной анемии, кроме:

- А. повышения билирубина крови
- В. гипохромии эритроцитов
- С. анизоцитоза
- Д. уменьшения связанного железа в сыворотке
- Е. уменьшения трансферрина сыворотки крови

Ответ: А

275. Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и длительности кровотечения имеет место при:

- А. гемофилии А
- В. недостаточности VII фактора
- С. недостаточности XIII фактора
- Д. афибриногенемии
- Е. каждом из перечисленных заболеваний

Ответ: Д

276. Для муковисцидоза не характерен признак:

- А. полифекалия
- В. мекониальный илеус
- С. гипернатриемия
- Д. стеаторея
- Е. ателектазы

Ответ: С

277. При непереносимости фруктозы имеет место, кроме:

- А. заболевание связано с дефектом энзима печени
- В. сопровождается гипергликемией
- С. введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния
- Д. больной отстаёт в психомоторном развитии
- Е. лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих фруктозу

Ответ: В

278. Целиакия:

- А. развивается в большинстве случаев в первые 3 мес жизни
- В. приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- С. спонтанно излечивается после 2 года жизни
- Д. сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника
- Е. не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

Ответ: Д

279. Для приготовления пищи при целиакии используют:

- Г. пшеничную муку
- Г. ржаную муку
- Н. овсяные хлопья
- І. манную крупу
- Ј. кукурузную, рисовую или гречневую муку

Ответ: Е

280. Для клеточной дегидратации наиболее характерно наличие:

- А. мышечной гипотрофии
- В. жажды

- С. судорог
- Д. отеков
- Е. повышения АД

Ответ: В

281. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует:

- А. ацидоз
- В. алкалоз
- С. гиперкалиемия
- Д. гипопроотеинемия
- Е. гиповентиляция

Ответ: А

282. Состояние алкалоза характерно для:

- А. пиелонефрита
- В. сахарного диабета
- С. опухоли мозга с рецидивирующей рвотой
- Д. массивной пневмонии
- Е. рахита

Ответ: С

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

- А. нефротический синдром
- В. острый ТИН
- С. острый пиелонефрит
- Д. хронический цистит
- Е. острый цистит

Ответ: С

284. У новорожденного причиной дефицита железа не является:

- А. дефицит железа у беременной
- В. нарушение трансплацентарного пассажа железа
- С. недоношенность
- Д. преждевременная перевязка пуповины
- Е. разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

Ответ: Е

285. Укажите продукт, из которого лучше усваивается железо:

- А. мясо
- В. гречка
- С. гранаты
- Д. рыба
- Е. яблоки

Ответ: А

286. Правильная тактика применения препаратов железа:

- А. до нормализации гемоглобина

В. до нормализации уровня ферритина крови

С. до нормализации сывороточного железа

Д. в течение двух недель

Е. до исчезновения бледности кожных покровов

Ответ: В

287. К метаболическому алкалозу приводит:

А. профузный понос

В. пилоростеноз

С. синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы

Д. синдром врожденного дефицита карбоангидразы

Е. синдром дыхательной недостаточности

Ответ: В

288. Для гипотонической соледефицитной дегидратации характерно:

А. полидипсия

В. артериальная гипертония

С. гиперрефлексия

Д. брадикардия

Е. низкие АД и ЦВД

Ответ: Е

289. Гипертонической вододефицитной дегидратации соответствует:

А. взбухание родничка

В. гипотермия

С. снижение АД

Д. сухость слизистых

Е. гипонатриемия

Ответ: D

290. Для синдрома внезапной смерти детей характерно:

А. чаще встречается у детей старше 3 лет

В. смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка

С. всегда обнаруживают конкретную причину смерти

Д. всегда имеются клинико-морфологические признаки незрелости

Е. семейная предрасположенность к внезапной смерти

Ответ: Е

291. Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, Т 39°C, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток,

почти все гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита:

- A. пневмококк
- B. менингококк
- C. микобактерия туберкулеза
- D. вирус кори
- E. вирусы группы Коксаки

Ответ: B

292. Ведущий признак при остром пиелонефрите у детей грудного возраста:

- A. общая интоксикация
- B. дизурические явления
- C. синдром срыгивания
- D. субфебрилитет
- E. болевой синдром

Ответ: A

293. Объем мочевого пузыря у новорожденного от:

- A. 10 до 15 мл
- B. 30 до 50 мл
- C. 100 до 150 мл
- D. 100 до 200 мл
- E. 250 до 300 мл

Ответ: B

294. Ведущий этиологический фактор внебольничной (домашней) пневмонии у детей от 1 до 5 лет:

- A. пневмококк
- B. пиогенный стрептококк
- C. стафилококк
- D. клебсиелла
- E. кишечная палочка

Ответ: A

295. У детей не рекомендуется применять в качестве жаропонижающего препарата:

- A. анальгин
- B. диклофенак
- C. ацетилсалициловую кислоту
- D. парацетамол
- E. ибупрофен

Ответ: C

296. Ведущий признак при остром пиелонефрите у детей грудного возраста:

- A. общая интоксикация
- B. дизурические явления
- C. синдром срыгивания
- D. субфебрилитет
- E. болевой синдром

Ответ: A

297. Объем мочевого пузыря у новорожденного от:

- F. 10 до 15 мл
- G. 30 до 50 мл
- H. 100 до 150 мл
- I. 100 до 200 мл
- J. 250 до 300 мл

Ответ: B

298. Более быстрое диуретическое действие оказывает:

- A. гипотиазид
- B. лазикс
- C. диакарб
- D. верошпирон
- E. триампур

Ответ: B

299. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет:

- A. альдостерон
- B. тироксин
- C. инсулин
- D. гонадотропин
- E. андрогены

Ответ: A

300. Кислотно-щелочное состояние регулируется:

- A. выделением кислых валентностей и задержкой щелочных валентностей канальцами
- B. продукцией аммония канальцами
- C. выделением кислых валентностей канальцами
- D. буферными системами крови
- E. всем перечисленным

Ответ: E

301. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния:

- A. петли Генле
- B. эпителия дистальных канальцев
- C. мембраны клубочков
- D. всего перечисленного
- E. эпителия проксимальных канальцев

Ответ: C

302. Концентрационную функцию почек не характеризует:

- A. проба Зимницкого
- B. белок и белковые фракции
- C. относительная плотность мочи
- D. осмолярность мочи
- E. электролиты крови

Ответ: B

303. Фильтрационную способность почек не характеризует:

- A. клиренс эндогенного креатинина
- B. креатинин крови
- C. уровень мочевины крови
- D. осмолярность мочи
- E. селективность протеинурии.

Ответ: D

304. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза «наследственный нефрит» важно выявить у родственников все симптомы, кроме:

- A. тугоухости
- B. гематурии
- C. патологии зрения
- D. дисплазии тазобедренного сустава
- E. развития ХПН в раннем возрасте

Ответ: D

305. Торпидное течение характерно для:

- A. нефротической формы гломерулонефрита
- B. пиелонефрита
- C. волчаночного нефрита
- D. наследственного нефрита
- E. цистита

Ответ: D

306. Повышение АД на ранних стадиях заболевания характерно для:

- A. наследственного нефрита
- B. гломерулонефрита
- C. пиелонефрита
- D. дизметаболической нефропатии
- E. тубулопатий

Ответ: B

307. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для:

- A. наследственного нефрита
- B. тубулопатий
- C. гломерулонефрита
- D. дизметаболической нефропатии
- E. кистозной болезни

Ответ: C

308. Мочу на посев собирают методом:

- A. пункции мочевого пузыря
- B. из средней струи в стерильную посуду
- C. катетеризации мочевого пузыря
- D. в пластиковый мочеприемник
- E. из суточной мочи

Ответ: B

309. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для:

- A. пиелонефрита

- B. ТИН
- C. гломерулонефрита
- D. наследственного нефрита
- E. амилоидоза

Ответ: A

310. Гиперлипидемия наиболее характерна для:

- A. гематурической формы гломерулонефрита
- B. пиелонефрита
- C. ТИН
- D. тубулопатии
- E. нефротической формы гломерулонефрита

Ответ: E

311. Выраженная фибриногенемия наблюдается при:

- A. нефротической форме гломерулонефрита
- B. цистите
- C. наследственном нефрите
- D. дизметаболической нефропатии
- E. пиелонефрите

Ответ: A

312. Экскреция оксалатов, уратов определяется в:

- A. суточной моче
- B. утренней порции
- C. трехчасовой моче
- D. из средней струи
- E. всем перечисленном

Ответ: A

313. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о:

- A. нарушении обмена кальция
- B. нарушении обмена щавелевой кислоты
- C. атопическом дерматите
- D. нарушении обмена пуринов
- E. нарушении обмена цистина

Ответ: D

314. Гиперурикемия в детском возрасте может наблюдаться при:

- A. приеме цитостатиков
- B. приеме мочегонных тиазидового ряда
- C. подагре
- D. приеме сульфаниламидов
- E. всем перечисленном

Ответ: E

315. Значительное повышение IgG в крови наблюдается при:

- A. пиелонефрите

- В. системной красной волчанке
- С. цистите
- Д. нефротической форме
гломерулонефрита
- Е. ТИН

Ответ: В

316. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет:
- А. 20-30 мл
 - В. 100 мл
 - С. 80 мл
 - Д. 120 мл
 - Е. 40-60 мл

Ответ: А

317. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением:
- А. наличия рефлюксов
 - В. состояния уретры
 - С. функционального состояния почек
 - Д. количества остаточной мочи
 - Е. состояния детрузора

Ответ: С

318. Показанием к проведению внутривенной урографии является все перечисленное, кроме:
- А. болей в животе неясной этиологии
 - В. стойкой лейкоцитурии
 - С. травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
 - Д. острого периода гломерулонефрита
 - Е. внезапно появившейся гематурии

Ответ: D

319. Динамическая нефросцинтиграфия выявляет:
- А. отдельную функцию почек
 - В. функцию клубочков
 - С. функцию петли Генле
 - Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 - Е. все перечисленное

Ответ: D

320. Наиболее тяжелый морфологический вариант гломерулонефрита:
- А. минимальные изменения клубочков
 - В. фокально-сегментарный гломерулонефрит
 - С. экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями
 - Д. экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
 - Е. все перечисленное

Ответ: С

321. При внезапно возникшей макрогематурии исследование начинают с:
- А. УЗИ мочевого системы
 - В. радионуклидного исследования почек
 - С. цистографии
 - Д. ангиографии
 - Е. компьютерной томографии

Ответ: А

322. Противопоказанием к биопсии почки не является:
- А. единственная почка
 - В. поликистоз почек
 - С. туберкулез почек
 - Д. гормонорезистентный гломерулонефрит
 - Е. острый постстрептококковый гломерулонефрит

Ответ: D

323. Гломерулонефрит - заболевание:

- А. иммунокомплексное
- В. неиммунное
- С. микробно-воспалительное
- Д. инфекционное
- Е. вирусное

Ответ: А

324. Более редкий клинический синдром гломерулонефрита:

- А. отечный
- В. гипертензионный
- С. мочевого
- Д. абдоминальный
- Е. олигурия

Ответ: D

325. Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается:

- А. на 1-м году жизни
- В. с 1 года до 2 лет
- С. с 3 до 5 лет
- Д. в любом возрасте
- Е. после 8-10 лет

Ответ: E

326. Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте:

- А. до 1 года
- В. с 1 года до 7 лет
- С. в пубертатном возрасте
- Д. в любом возрасте
- Е. в 11-12 лет

Ответ: В

327. Для нефротического синдрома характерны:

- A. значительная протеинурия, гипоальбуминемия
- B. гиполипидемия
- C. гипертония
- D. гипофибриногенемия
- E. гематурия

Ответ: А

328. Для начала гломерулонефрита характерны:

- A. температурная реакция
- B. абдоминальный синдром
- C. олигурия
- D. катаральные явления
- E. дизурия

Ответ: С

329. Не является показателем активности гематурической формы гломерулонефрита:

- A. гематурия
- B. гипертония
- C. олигурия
- D. сердечные изменения
- E. гиперкоагуляция

Ответ: D

330. Лабораторные показатели активности при гематурической форме гломерулонефрита:

- A. увеличение СОЭ
- B. гиперфибриногенемия
- C. макрогематурия
- D. С-реактивный белок
- E. все перечисленное

Ответ: E

331. Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерна:

- A. гематурия с протеинурией, артериальная гипертония
- B. изолированная протеинурия
- C. абактериальная лейкоцитурия
- D. длительно сохраняющаяся гематурия
- E. лейкоцитурия, бактериурия

Ответ: А

332. Для смешанной формы гломерулонефрита характерна:

- A. гипертония
- B. гематурия
- C. протеинурии
- D. абактериальная лейкоцитурия, дислипидемия

E. все перечисленное

Ответ: E

333. Не относится к ведущим синдромам нефротической формы гломерулонефрита:

- A. отечный
- B. абдоминальный
- C. протеинурия более 3 г/л
- D. олигурия
- E. гиперлипидемия

Ответ: B

334. Не относится к показателям активности при нефротической форме гломерулонефрита:

- A. отечный синдром
- B. олигурия
- C. выраженная протеинурия
- D. анемия
- E. диспротеинемия

Ответ: D

335. Абактериальная лейкоцитурия в начале заболевания может наблюдаться при форме гломерулонефрита:

- A. гематурической
- B. смешанной
- C. нефротической
- D. с минимальными морфологическими изменениями
- E. всех формах

Ответ: E

336. Повышение активности ферментов в моче характерно для:

- A. гломерулонефрита
- B. хронического цистита
- C. острого цистита
- D. уретрита
- E. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

Ответ: А

337. Гипергаммаглобулинемия характерна для:

- A. гломерулонефрита нефротической формы
- B. волчаночного нефрита
- C. гломерулонефрита смешанной формы
- D. острого нефрита
- E. ТИН

Ответ: B

338. Не свидетельствует об активности нефротической формы гломерулонефрита:

- A. гипоальбуминемия

- В. диспротеинемия
- С. гиперлипидемия
- Д. снижение зубца Т на ЭКГ
- Е. протеинурия

Ответ: D

339. Не свидетельствует об активности смешанной формы гломерулонефрита:

- А. протеинурия
- В. гематурия
- С. гиперкоагуляция
- Д. анемия
- Е. повышение АД

Ответ: D

340. Не является осложнением острого гломерулонефрита:

- А. почечная недостаточность
- В. гипертоническая энцефалопатия
- С. тромботические осложнения
- Д. снижение слуха
- Е. недостаточность кровообращения

Ответ: D

341. Частое осложнение гематурической формы гломерулонефрита:

- А. гипертоническая энцефалопатия
- В. отек легких
- С. кровотечение
- Д. сердечная недостаточность
- Е. абдоминальный криз

Ответ: A

342. Для гипертонической энцефалопатии характерны:

- А. сердечная недостаточность
- В. нарушение сердечного ритма
- С. судороги, потеря сознания
- Д. одышка, хрипы в легких
- Е. анасарка

Ответ: C

343. Ограничение соли не показано при:

- А. олигоанурии
- В. артериальной гипертензии
- С. отеком синдрома
- Д. микропротеинурии
- Е. остром гломерулонефрите

Ответ: D

344. Строгая диета показана при:

- А. острых проявлениях гломерулонефрита
- В. стихании активности процесса
- С. ремиссии гломерулонефрита
- Д. любом из перечисленных периодов гломерулонефрита
- Е. минимальном мочевоом синдроме

Ответ: A

345. Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается при:

- А. постстрептококковом гломерулонефрите
- В. иммуносупрессивной терапии
- С. альтернирующем курсе преднизолона
- Д. наличии хронических очагов инфекции
- Е. активной глюкокортикоидной терапии

Ответ: C

346. Антибактериальная терапия при гломерулонефрите не включает:

- А. макролиды
- В. пенициллин
- С. защищенные пенициллины
- Д. аминогликозиды
- Е. цефалоспорины

Ответ: D

347. Капотен относится к:

- А. миотропным гипотензивным средствам
- В. бета-адреноблокаторам
- С. ганглиоблокаторам
- Д. иАПФ
- Е. альфа-адреноблокаторам

Ответ: D

348. Снижает АД путем изменения водно-электролитного баланса:

- А. гипотиазид
- В. дибазол
- С. натрия нитропруссид
- Д. капотен
- Е. ганглиоблокатор

Ответ: A

349. К иАПФ относится:

- А. пропранолол
- В. апрессин
- С. дибазол
- Д. эналаприл
- Е. верапамил

Ответ: D

350. Показание к назначению глюкокортикоидов:

- А. нефротическая форма гломерулонефрита
- В. гематурическая форма гломерулонефрита
- С. пиелонефрит
- Д. дизметаболическая нефропатия
- Е. тубулопатии

Ответ: А

351. Глюкокортикоиды:

- А. повышают содержание глюкозы в крови
- В. увеличивают количество лимфоцитов в крови
- С. увеличивают синтез белков
- Д. являются иммуностимуляторами
- Е. увеличивают количество эозинофилов в крови

Ответ: А

352. При назначении антибиотиков при ИМП учитывается:

- А. рН мочи
- В. функциональное состояние почек
- С. нефротоксичность
- Д. характер микрофлоры мочи
- Е. все перечисленное

Ответ: Е

353. При почечной недостаточности противопоказан:

- А. кларитромицин
- В. фторхинолоны
- С. оксациллин
- Д. гентамицин
- Е. «защищенные пенициллины»

Ответ: D

354. Антикоагулянты не показаны при:

- А. остром гломерулонефрите
- В. острой почечной недостаточности
- С. геморрагическом васкулите
- Д. болезни Верльгофа
- Е. гиперкоагуляции

Ответ: D

355. Дезагрегационным свойством не обладает:

- А. эуфиллин
- В. трентал
- С. курантил
- Д. мезатон
- Е. тиклид

Ответ: D

356. Для получения быстрого эффекта целесообразно применять диуретик:

- А. верошпирон
- В. верошпирон в сочетании с гипотиазидом
- С. лазикс
- Д. диакарб
- Е. триампур

Ответ: С

357. Для гиперкалиемии не характерно наличие:

- А. глухости тонов сердца
- В. брадикардии
- С. парестезии
- Д. тахикардии
- Е. изменения зубца Т

Ответ: D

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

- А. гипохлоридный
- В. фруктово-сахарный
- С. вегетарианский
- Д. без соли, мяса
- Е. с ограничением белка

Ответ: D

359. В генезе острого ТИН:

- А. бактериальное воспаление
- В. абактериальное воспаление
- С. аутоиммунный процесс
- Д. дисметаболические нарушения
- Е. все перечисленное

Ответ: В

360. Причины развития ТИН:

- А. врожденные
- В. наследственные
- С. приобретенные
- Д. все перечисленное

Ответ: D

361. ТИН может развиваться в результате:

- А. обменных нарушений
- В. вирусной инфекции
- С. грибковой инфекции
- Д. нарушения гемо- и уродинамики
- Е. все перечисленное верно

Ответ: Е

362. При назначении циклоспорина А исследование общего анализа крови проводят:

- А. один раз в 20 дней
- В. один раз в 7-10 дней
- С. ежедневно
- Д. 1 раз в 3 дня
- Е. 1 раз в мес

Ответ: В

363. Анаболическим действием обладает:

- А. оротат калия
- В. микофенолата мофетил
- С. хлористый аммоний
- Д. ибупрофен
- Е. преднизолон

Ответ: А

364. Остеопороз чаще возникает при назначении:

- А. пероральных кортикостероидов
- В. антиконвульсантов
- С. макролидов
- Д. ингаляционных кортикостероидов
- Е. мочегонных

Ответ: А

365. Для диагностики ТИН исследуют все, кроме:

- А. обмена пуринов
- В. тубулярной функции почек
- С. морфологии почечной ткани
- Д. копрограммы
- Е. ферментурии

Ответ: D

366. Лечение ТИН включает:

- А. диетотерапию
- В. коррекцию обменных нарушений
- С. назначение антиоксидантов
- Д. назначение средств, улучшающих почечную гемодинамику
- Е. все перечисленное

Ответ: E

367. К мембраностабилизаторам не относится:

- А. преднизолон
- В. ксидифон
- С. токоферол
- Д. азатиоприн
- Е. эссенциале

Ответ: D

368. Нефропатия реже развивается при:

- А. системной красной волчанке
- В. синдроме Вегенера
- С. узелковом полиартериите
- Д. ожирении
- Е. пороках развития мочевой системы

Ответ: D

369. Заподозрить волчаночную нефропатию не позволяют:

- А. пневмония
- В. кожный синдром
- С. полисерозит
- Д. быстро прогрессирующий нефрит
- Е. лейкопения

Ответ: А

370. Поражение почек реже наблюдается при:

- А. склеродермии
- В. системной красной волчанке
- С. геморрагическом васкулите
- Д. узелковом полиартериите
- Е. амилоидозе

Ответ: А

371. Лейкопения наблюдается при:

- А. узелковом полиартериите
- В. наследственном нефрите
- С. волчаночном нефрите
- Д. дисметаболической нефропатии
- Е. гломерулонефрите

Ответ: С

372. Амилоидоз чаще развивается при:

- А. ревматоидном артрите
- В. гломерулонефрите
- С. ТИН
- Д. пиелонефрите
- Е. тубулопатиях

Ответ: А

373. 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:

- А. нефротический синдром
- В. острый ТИН
- С. острый пиелонефрит
- Д. хронический цистит
- Е. острый цистит

Ответ: С

374. Для диагностики ИМП меньшее значение имеет:

- А. общий анализ мочи
- В. анализ мочи на бактериурию
- С. количественный анализ мочи
- Д. определение креатинина в крови
- Е. УЗИ почек и мочевого пузыря

Ответ: D

375. Для цистита не характерно наличие:

- А. болей в поясничной области
- В. поллакиурии
- С. дизурии
- Д. болей над лоном
- Е. рези при мочеиспускании

Ответ: А

376. При пиелонефрите обычно не нарушается функция:

- А. клубочков
- В. собирательных трубочек
- С. проксимальных канальцев
- Д. петли Генле
- Е. дистальных канальцев

Ответ: А

377. Ведущий фактор развития хронического пиелонефрита:

- А. генетическая предрасположенность
- В. нарушение уродинамики
- С. вирулентность микроба

- D. иммунокомплексный процесс
- E. метаболические нарушения

Ответ: В

378. Лечение внебольничной пневмонии в домашних условиях допустимо при:
- A. неосложненной форме у ребенка в возрасте до 1 года
 - B. осложнении кардиоваскулярным синдромом
 - C. неосложненной форме пневмонии у ребенка 4 лет
 - D. пневмонии у ребенка из социально неблагополучной семьи
 - E. затяжном течении пневмонии с ателектазом одного сегмента у ребенка 7 лет

Ответ: С

379. Причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка:
- A. увеличение силы дыхательной мускулатуры
 - B. уменьшение бактериальной аллергии
 - C. увеличение просвета бронхов
 - D. уменьшение реактивности лимфатической ткани
 - E. уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева

Ответ: С

380. При экссудативном плеврите отсутствует:
- A. ослабление дыхания
 - B. притупление перкуторного звука
 - C. бронхиальный тип дыхания
 - D. ослабленное голосовое дрожание
 - E. тахипноэ

Ответ: С

381. Для гемолитико-уремического синдрома не типично наличие:
- A. анемии
 - B. прямой гипербилирубинемии
 - C. тромбоцитопении
 - D. олигурии
 - E. протеинурии

Ответ: В

382. Бронхиолит у детей раннего возраста:
- A. легкое и кратковременное заболевание
 - B. обусловлен аллергическим компонентом
 - C. ранний признак бронхиальной астмы

- D. приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию бронхов
- E. бронхиолита у детей раннего возраста не бывает

Ответ: D

383. При беспокойстве у детей нарастает цианоз слизистых и кожных покровов при перечисленных заболеваниях, кроме:
- A. врожденного порока сердца
 - B. метгемоглобинемии
 - C. пневмонии
 - D. ателектаза
 - E. крупа

Ответ: В

384. Практически не встречается в раннем детском возрасте:
- A. бронхопневмония
 - B. аспирационная пневмония
 - C. лобарная пневмония
 - D. абсцедирующая пневмония
 - E. пневмоцистная пневмония

Ответ: С

385. Главное мероприятие при напряженном пневмотораксе:
- A. интубация и искусственное дыхание
 - B. положение на пораженной стороне
 - C. активная кислородотерапия
 - D. возвышенное положение
 - E. плевральная пункция и дренаж

Ответ: E

386. Голосовое дрожание усилено при:
- A. плеврите
 - B. пневмотораксе
 - C. инфильтративном легочном процессе
 - D. легочной эмфиземе
 - E. ателектазе

Ответ: С

387. Для муковисцидоза не характерен признак:
- A. полифекалия
 - B. мекониальный илеус
 - C. гипернатриемия
 - D. стеаторея
 - E. ателектазы

Ответ: С

388. Ведущий этиологический фактор внебольничной (домашней) пневмонии у детей от 1 до 5 лет:
- A. пневмококк
 - B. пиогенный стрептококк

- С. стафилококк
- Д. клебсиелла
- Е. кишечная палочка

Ответ: А

389. Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:

- А. одышка
- В. ослабленное дыхание
- С. локальная крепитация
- Д. многочисленные мелкопузырчатые хрипы
- Е. втяжение уступчивых мест грудной клетки

Ответ: С

390. Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии:

- А. хламидийной
- В. микоплазменной
- С. пневмоцистной
- Д. пневмококковой
- Е. грибковой

Ответ: Д

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

- А. стафилококки
- В. пневмоцисты
- С. пневмококки и атипичные микроорганизмы
- Д. грибы
- Е. синегнойная палочка

Ответ: С

392. Пиоторакс чаще развивается при пневмонии:

- А. синегнойной
- В. пневмоцистной
- С. легионеллезной
- Д. пневмококковой и стафилококковой
- Е. вирусной

Ответ: Д

393. Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки от:

- А. 3 до 4 нед
- В. 3 до 5 нед
- С. 5 до 6 нед
- Д. 6 нед до 8 мес
- Е. 8 мес и более

Ответ: Д

394. Для экссудативного плеврита характерно:

- А. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
- В. коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
- С. усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
- Д. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
- Е. усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторного звука

Ответ: Д

395. Причиной экспираторной одышки является:

- А. фарингит
- В. ларингит
- С. бронхиальная обструкция
- Д. трахеит
- Е. ничего из вышеперечисленного

Ответ: С

396. Для выявления междолевого выпота показано:

- А. томография
- В. боковой снимок грудной клетки
- С. плевральная пункция
- Д. прямая рентгенограмма
- Е. бронхоскопия

Ответ: В

397. Признаки, характерные для бронхоэктатической болезни:

- А. непостоянные влажные хрипы
- В. влажные хрипы постоянной локализации
- С. проводные хрипы
- Д. крепитация
- Е. сухие рассеянные хрипы

Ответ: В

398. Для гемосидероза легких характерно:

- А. сидерофаги в мокроте
- В. высокий уровень железа в сыворотке крови
- С. эмфизема
- Д. эозинофильный легочный инфильтрат
- Е. ржавая мокрота

Ответ: А

399. Для выявления бронхоэктазов показано:

- А. томография
- В. пневмотахометрия
- С. Ро-графия органов грудной клетки

- D. МРТ
- E. УЗИ

Ответ: А

400. Не характерно для бронхиальной астмы:

- A. приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой
- B. повышение хлоридов в поте и моче
- C. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
- D. рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы
- E. жесткое дыхание

Ответ: В

401. У детей реже встречается форма бронхиальной астмы:

- A. атопическая
- B. неатопическая
- C. астма физической нагрузки
- D. аспириновая астма
- E. инфекционно-аллергическая

Ответ: D

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

- A. измерение объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1) и форсированной жизненной емкости (FCV)
- B. измерение максимальной скорости выдоха (PEF)
- C. определение общего IgE и IgG₄ в сыворотке крови
- D. кожные тесты с аллергенами и определение специфических IgE
- E. приступы бронхоспазма во время ОРВИ.

Ответ: С

403. Объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1), форсированная жизненная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить:

- A. степень сенсibilизации организма
- B. степень выраженности инфекционного процесса
- C. состояние иммунной системы организма
- D. степень бронхиальной обструкции
- E. тяжесть бронхиальной астмы

Ответ: D

404. С помощью пикфлоуметра измеряется:

- A. общая емкость выдоха
- B. жизненная емкость легких
- C. остаточный объем легких;
- D. максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
- E. степень бронхиальной обструкции

Ответ: D

405. Для купирования приступа бронхиальной астмы легкой степени применяют:

- A. ингаляционные кортикостероиды
- B. преднизолон в/в
- C. эуфиллин в/м
- D. кларитин
- E. бета-2-адреномиметики

Ответ: E

406. Продолжительность курса лечения азитромицином при пневмонии:

- A. 1-2 дня
- B. 3 или 5 дней
- C. 7-10 дней
- D. 11-14 дней
- E. 14-21 день

Ответ: B

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

- A. ингаляционных кортикостероидов
- B. хромогликата
- C. пероральных кортикостероидов
- D. антагонистов лейкотриена
- E. бета-2-адреномиметиков.

Ответ: С

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

- A. феноксиметилпенициллин
- B. амоксициллина клавуланат
- C. амоксициллин в высокой дозе
- D. аминогликозиды
- E. макролиды

Ответ: С

409. При лечении микоплазменной пневмонии используют:

- A. природные пенициллины
- B. макролиды
- C. полусинтетические пенициллины
- D. цефалоспорины 1-го поколения
- E. аминогликозиды

Ответ: B

410. Обструктивное легочное заболевание:
- А. экзогенный аллергический альвеолит
 - В. эозинофильная пневмония
 - С. фиброзирующий альвеолит
 - Д. бронхиальная астма
 - Е. бронхоэктатическая болезнь

Ответ: D

411. При лечении пневмоцистной пневмонии используют:

- А. триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)
- В. макролиды
- С. защищенные пенициллины
- Д. цефалоспорины 2-го поколения
- Е. линкомицин

Ответ: A

412. К лекарственным препаратам, контролирующим течение бронхиальной астмы, относятся:

- А. бета-2-адреномиметики короткого действия
- В. ингаляционные холинолитики
- С. противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры
- Д. иммуностимуляторы
- Е. антигистаминные средства

Ответ: C

413. Бронходилататор длительного действия:

- А. сальбутамол
- В. сальметерол
- С. эуфиллин
- Д. монтелукаст
- Е. беродуал

Ответ: B

414. При «аспириновой» бронхиальной астме противопоказан:

- А. тавегил
- В. эуфиллин
- С. беродуал
- Д. кромогликаты
- Е. НПВС

Ответ: E

415. Не обладает муколитическим эффектом:

- А. месна
- В. амброксол
- С. бромгексин
- Д. бутамират
- Е. карбоцистеин

Ответ: D

416. Не относится к типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период:

- А. нарушение подвижности грудной клетки
- В. вздутие грудной клетки
- С. увеличение лимфоузлов средостения
- Д. усиление сосудистого рисунка
- Е. ателектазы

Ответ: C

417. Решающее значение для диагностики бронхоэктатической болезни имеет:

- А. рентгенография грудной клетки
- В. физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов
- С. исследование функции внешнего дыхания
- Д. пикфлоуметрия
- Е. томография

Ответ: E

418. В основе хронического облитерирующего бронхоолита лежит:

- А. преходящий бронхоспазм
- В. облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого
- С. транзиторный отек слизистой бронхов
- Д. кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета
- Е. множественные ателектазы

Ответ: B

419. При пневмонии, вызванной микоплазмой, подросткам назначают:

- А. тетрациклины или макролиды
- В. фторхинолоны
- С. пенициллин
- Д. ко-тримоксазол
- Е. гентамицин

Ответ: A

420. Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до:

- А. нормализации температуры
- В. полного рассасывания инфильтрата в лёгком
- С. нормализации СОЭ
- Д. 4-5 дней стойкой нормальной температуры тела
- Е. ликвидации токсикоза

Ответ: D

421. Достоверный метод верификации хронического бронхита:

- A. общеклинические физикальные исследования
- B. рентгенография органов грудной клетки
- C. клинический анализ крови
- D. бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого
- E. посев мокроты

Ответ: D

422. Не относится к ингаляционным стероидам:

- A. бекотид (бекламетазона дипропинат)
- B. фликсотид (флютиказона пропионат)
- C. ингакорт (флунизолид)
- D. дексаметазон
- E. кромогликат натрия

Ответ: E

423. К бета-2 агонистам не относится:

- A. вентолин (сальбутамол)
- B. беротек (фенотерол)
- C. беродуал
- D. сальметерол
- E. монтелукаст

Ответ: E

424. Наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов:

- A. кандидоз полости рта
- B. недостаточность коры надпочечников
- C. остеопороз
- D. гипергликемия
- E. синдром Иценко - Кушинга

Ответ: A

425. Наиболее частое осложнение тяжелой бронхообструкции у детей:

- A. ателектаз
- B. пиоторакс
- C. абсцесс
- D. напряжённый пневмоторакс
- E. булла

Ответ: A

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

- A. бронхолитики
- B. отхаркивающие
- C. вибрационный массаж грудной клетки
- D. антибиотики
- E. физиолечение

Ответ: D

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

- A. узких воздухоносных путей
- B. мягкости хрящей гортани, трахеи, бронхов
- C. диафрагмального типа дыхания
- D. затрудненного носового дыхания
- E. низко расположенного надгортанника

Ответ: D

428. Клеточный состав экссудата: лимфоциты – 80%, нейтрофилы – 15%, эритроциты – 5% характерен для плеврита:

- A. гнойного
- B. серозного
- C. геморрагического
- D. серозно-геморрагического
- E. посттравматического

Ответ: B

429. Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают сегментоядерные лейкоциты:

- A. пневмония
- B. туберкулез
- C. рак легкого
- D. обструктивный бронхит
- E. перелом ребра

Ответ: A

Примерные клинические задачи по дисциплине

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, АЛТ – 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 $0,8 \times 0,6$ 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 дедушки (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: Нв – 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., эпит. 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. Анализ 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, голенях 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-жёлтый, 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, отёчная, 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: отёк 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 ребёнка?
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 ребёнку. В чём её 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 отмечаются 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: Нб – 130 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – 10×10^9 /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, портальная 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, локализующиеся 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. – $2,8 \times 10^{12}/л$, Нб – 72 г/л, ц.п. – 0,77; ретикул. – 50‰ – 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, Нт – 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 выбуханиями 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: Нб – 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 – тёмно-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 неизменных 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 эпителиоциточные 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 эхогенная 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.

Пилокарпиновая 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.

Эзофагогастродуоденоюноскопия: 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, лимфоплазмоцитарная 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 отечного 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: Нб – 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. Цереброастенический синдром. Головные боли по типу мигренозных расстройств. Функциональная кардиопатия.

Задание

1. Сформулируйте окончательный диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Требуются ли дополнительные обследования? 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 мягкоформленный 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?
6. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.

Задача 13

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 14

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: P₂, Ахo, 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 15

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 16

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 17

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: Hb – 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 18

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: Hb – 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 19

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: Hb – 86 г/л, лейкоц. – $10 \times 10^9/л$ (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 20

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. Трemor 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 21

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: Нв – 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%, тромб. – 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 22

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 23

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: НЬ – 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?

Задача 24

Больная Н., 4 года, планово 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 25

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 парастернальной 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: Нт – 50% (N – 31-47%), Нб – 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., эпит. пл. – немного, лейкоц. – 0-1 в п. зр., эр. – отс., цилиндры – отс., слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевина – 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: рО₂ – 62 мм рт.ст. (N – 80-100), рСО₂ – 50 мм рт.ст. (N – 36-40), рН – 7,29, ВЕ – - 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 26

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.тах. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется.

Общий анализ крови: Нв – 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, эпителий 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, мочевина – 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 27

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 28

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 голенях – 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 29

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: Нб – 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 30

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 31

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 32

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, дефигурация 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 33

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: Нб – 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 34

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: Hb – 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 35

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: Нб – 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?

Задача 36

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: Нб – 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, эпит. плоск. – 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: непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 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 37

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: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 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 38

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. – 12×10^9 /л, с/я – 60%, п/я – 9%, лимф. – 23%, эоз. – 2%, мон. – 6%, тромбоц. – 260×10^9 /л, СОЭ – 3 мм/ч.

KOC: 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 39

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 40

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 кювезе?

Задача 41

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: Hb – 75 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретик. – 2%, Ht – 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 42

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 Hb 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 43

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: Нб – 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 44

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 Бабинского, 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: Нб – 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 45

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 46

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 47

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 пузырьное, 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 48

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 49

Ребенок от матери 25 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (уреаплазмоз – 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-КТ*: 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 50

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 курсурфа. 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.): Нв – 110 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}/л$, тромб. – $119 \times 10^9/л$, 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.): pH – 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 51

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 52

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%, тромб. – 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, мочевина – 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 53

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 крышки 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): Нб – 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 54

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 токсоплазмозом 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 55

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: Нб – 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 56

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 дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
4. Терапевтическая тактика.
5. Какой вид вскармливания предпочтителен при данном заболевании и почему?

Задача 57

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 58

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%, тромбоц. – 260×10^9 /л, СОЭ – 3 мм/ч.

КОС: рН – 7,29, рО₂ – 48 мм рт. ст., рСО₂ – 44 мм рт. ст. ВЕ – -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 КТ по сравнению с НСГ?
4. Какие изменения в составе спинномозговой жидкости характерны для данного заболевания?
5. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 59

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 60

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: Hb – 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-D – 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 61

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 кнаружи 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: Нв – 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: рН = 7,35, ВЕ = -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 62

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 пуэрильное, 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: Нб – 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 63

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 пуэрильное, 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 Hb – 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 64

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 ягодич, 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 эскориации. 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: Hb – 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 овальбумину.

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 65

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: Нб – 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, глинадину.

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 66

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 67

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 68

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 69

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: Hb – 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 70

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 71

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. Appetit 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 72

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. Беспокоеен, 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: Нв – 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 73

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 74

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.; эпит. плоск. – 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, АЛТ – 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.
5. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?

Задача 75

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 76

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. Кожи 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 77

Девочка, 11 лет, поступила в больницу с жалобами на тошноту, головную боль, бурое окрашивание мочи.

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с токсокозом 1-й половины, 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 гастроуденитом.

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 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 78

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 кнаружи от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи 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, отеки. 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 79

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 получал 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 пиелэктазия, 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 80

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» небо, 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: Нв – 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 81

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 82

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 появилась слабость, боль в животе (больше в левой половине), температура тела повысилась до 39°C. В течение последующих 5 дней продолжал высоко лихорадить, моча помутнела.

Анализ мочи (амбулаторно): цвет – желтый, прозр. – неполная, pH – 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: Hb – 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, 92×43×33 мм, чашечно-лоханочная система – 3 мм. Левая почка расположена в малом тазу, 56×27×18 мм (норма 86×45×25 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. Какие возможны исходы заболевания?
7. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 83

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 периоде 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: Hb – 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, лейкоциты 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 84

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, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /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, лейкоциты – 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 ионизированный – 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?

Задача 85

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

От 1-й беременности, протекавшей с токсокозом 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°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: Hb – 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 86

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 87

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, наложения 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 88

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: Нб – 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 89

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: Hb – 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 90

Ребенок 8 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0°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 отстаёт 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: Hb – 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. пл. – 1018, белок – нет, эпителий – 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 91

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 92

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: Ht – 49% (N – 31-47%), Hb – 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: pO_2 – 68 мм рт. ст. (N – 80-100), pCO_2 – 65 мм рт. ст. (N – 36-40), pH – 7,31, BE – -2,3 ммоль/л (N – $\pm 2,3$), 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 93

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, ребёнок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребёнок был госпитализирован с диагнозом «Пневмония». Повторно перенёс 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 лёгкими 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: Нб – 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 ребёнком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?
6. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
7. Назначьте больному лечение.
8. Показания к хирургическому лечению.

Задача 94

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: Нб – 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 неомогенное 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 95

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 токсикозом 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 $38,4^{\circ}C$. 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 96

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. – 270×10^9 /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 10⁴/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 97

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: Нб – 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?

Критерии текущего контроля знаний по дисциплине «Педиатрия».

– Критерии оценки 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 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)

6.2. Оценочные средства для промежуточного контроля успеваемости

Промежуточный контроль знаний по дисциплине «Педиатрия» осуществляется в форме зачета с оценкой по итогам 1 и 2 семестров и в форме экзамена по итогам 3 семестра. Промежуточный контроль знаний проводится в устной форме.

Примерные вопросы для зачета с оценкой, экзамена:

- Амилоидоз почек.
- Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей.
- Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей различных возрастных групп.
- Анемический синдром при заболеваниях органов пищеварения.
- Аномалия развития мочевой системы
- Апластические, гипопластические неонатальные анемии: классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
- Аритмии сердца у детей. Принципы лечения детей с сердечными аритмиями. Диспансерное наблюдение детей с нарушениями сердечного ритма.
- Артериальные гипертензии (АГ). Этиология и механизмы развития. Критерии диагностики. Лабораторные и клинические методы диагностики. Дифференциальный диагноз АГ в детском возрасте. Показания к назначению современных гипотензивных средств. Организация помощи при гипертоническом кризе. Профилактика и диспансерное наблюдение детей с АГ.
- Аутоиммунный тиреоидит.
- Аутосомно доминантный поликистоз почек.
- Аутосомно-рецессивный поликистоз почек.
- Бронхо-легочная дисплазия: классификация, патогенез, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения.

13. Витамин Д –зависимый рахит.
14. Внутриутробная инфекция (врожденный токсоплазмоз, листериоз, сифилис, цитомегаловирусная, герпетическая, краснуха), особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, этиотропная терапия.
15. Воспалительные заболевания кишечника. Принципы диагностики. Тактика ведения.
16. Врожденная дисфункция коры надпочечников у детей.
17. Врожденные нарушения обмена веществ этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, диф.диагностика, принципы лечения.
18. Врождённые пороки ЖКТ.
19. Врожденные пороки развития. Тератома тератобластома.
20. Врождённые пороки сердца.
21. Врожденный гипотиреоз.
22. Врожденный нефротический синдром.
23. Высокородность у детей.
24. Гемодинамика большого и малого круга кровообращения.
25. Гемолитико-уремический синдром
26. Гемолитическая болезнь новорожденных патогенез, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной диагностики. Принципы лечения. Показания для обменно-заменимого переливания крови.
27. Гемолитическая неонатальная анемия классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
28. Геморрагическая болезнь новорожденного.
29. Геморрагический васкулит.
30. Геморрагический синдром новорожденного – дифференциальная диагностика.
31. Генерализованная кандидозная инфекция, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения принципы назначения противогрибковой терапии.
32. Гипертрофическая КМП (ГКМП), распространенность, современные аспекты этиопатогенеза, клиника, диагностика, лечение и прогноз.
33. Гипогонадизм.
34. Гипоксические поражения ЦНС: классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
35. Дилатационная КМП (ДКМП), современные аспекты этиопатогенеза, клиническая картина, течение, основные принципы лечения, прогноз.
36. Дифференциальная диагностика неонатальных желтух.
37. Дифференциальная диагностика неревматических кардитов у детей.
38. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции в период новорожденности.
39. Диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ).
40. Д-резистентный рахит или фосфат-диабет.
41. Заболевания печени у детей. Классификация.
42. Задержка внутриутробного развития классификация (ребенок маленький к своему гестационному возрасту).
43. Зоб у детей.
44. Интерстициальный нефрит, метаболический (оксалурия)
45. Инфекционные поражения кожи в период новорожденности.
46. Инфекционные поражения ЦНС: классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
47. Инфекционный эндокардит, этиология, патогенез, значение ВПС и ППС. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, выбор антибиотиков, курсы, сочетания, профилактика.

48. Йоддефицитные заболевания щитовидной железы у детей.
49. Кандидоз кожи и слизистых оболочек.
50. Кислотозависимые заболевания у детей. Классификация.
51. Классификация перинатальных поражений ЦНС.
52. Классификация последствий перинатальных поражений ЦНС.
53. Критерии диагностики сахарного диабета у детей.
54. Критерии живорожденности и жизнеспособности.
55. Лактазная недостаточность. Тактика ведения.
56. Метаболические поражения ЦНС, классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
57. Метаболический синдром у детей и подростков.
58. Морфология соединительной ткани.
59. Нарушения роста у детей.
60. Наследственный нефрит: синдром Альпорта
61. Насосная функция сердца и механизмы развития сердечной недостаточности.
62. Недоношенность критерии, особенности физического и моторного развития, особенности выхаживания и дальнейшего диспансерного наблюдения.
63. Неинфекционные поражения кожи в период новорожденности.
64. Некротизирующий энтероколит, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, принципы антибактериальной терапии, понятие об эмпирической антибактериальной терапии.
65. Неонатальные тромбоцитопении.
66. Неонатальный менингит, классификация, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
67. Неонатальный сепсис: особенности течения, клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, принципы антибактериальной терапии, понятие об эмпирической антибактериальной терапии.
68. Неотложные состояния при сахарном диабете 1 типа.
69. Нефрогенный несахарный диабет.
70. Нефротический синдром.
71. Ожирение у детей и подростков. Методы диагностики.
72. Организация помощи новорожденному в родильном доме.
73. Особенности ведения новорожденных т ВИЧ-инфицированных матерей.
74. Особенности течения сепсиса у недоношенных новорожденных
75. Остеопенический синдром у детей.
76. Острая и хроническая внутриутробная гипоксия и асфиксия, оценка степени тяжести, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
77. Острая постгеморрагическая анемия, этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
78. Острая ревматическая лихорадка.
79. Острый врожденный лейкоз клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
80. Острый гломерулонефрит
81. Острый интерстициальный нефрит.
82. Отечный синдром
83. Оценка зрелости новорожденного (шкала Баллард-Новека, Дубовича, Дементьевой).
84. Панкреатическая недостаточность. Методы диагностики и лечения.
85. Паразитарные инфекции у детей.
86. Парентеральное питание. Показания.

87. Патоморфология ревматического процесса, стадии дезорганизации соединительной ткани.
88. Переносенный ребенок особенности физического и моторного развития, особенности выхаживания и дальнейшего диспансерного наблюдения.
89. Период ранней неонатальной адаптации, переходные состояния новорожденных, заболевания, возникающие при срыве ранней неонатальной адаптации.
90. Пищевая непереносимость. Определение. Методы диагностики.
91. Пневмонии в период новорожденности: классификация, особенности течения и клинико-лабораторной и инструментальной картины. Принципы лечения, принципы антибактериальной терапии, понятие об эмпирической антибактериальной терапии.
92. Половое развитие у детей: норма и патология.
93. Понятие «Родовая травма».
94. Понятие о первичном и вторичном эндокардите. Клапанный и пристеночный эндокардит.
95. Почечный канальцевый ацидоз 2 тип.
96. Преждевременное половое развитие.
97. Принципы лечения респираторно дистресс синдрома, показания и противопоказания к введению сурфактанта, пренатальная профилактика РДСН.
98. Проводящая система сердца.
99. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
100. Пузырчатка новорожденных, доброкачественная.
101. Рентгенологические методы диагностики органов пищеварения у детей.
102. Респираторный дистресс синдром новорожденных (СДР 1 типа): патогенез, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика.
103. Родовая травма периферической нервной системы.
104. Сахарный диабет у детей 1 типа.
105. Синдром артериальной гипертонии
106. Синдром вегетативной дисфункции.
107. Синдром Гудпасчера.
108. Синдром Де-Тони-Дебре-Фанкони, почечный канальцевый ацидоз 1 типа.
109. Синдром рвоты и срыгиваний у детей раннего возраста.
110. Синдром Шерешевского-Тернера.
111. Синдром экссудативной энтеропатии.
112. Синдромы дыхательных расстройств новорожденных, классификация, особенности клинической и рентгенологической картины
113. Синдромы поражения ЦНС, встречающиеся в период новорожденности.
114. Системная красная волчанка.
115. Системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Кавасаки, болезнь Такаясу, гранулематоз Вегенера).
116. Специфические осложнения сахарного диабета 1 типа.
117. Травматическое поражение ЦНС.
118. Тромбоцитопатии, встречающиеся в период новорожденности.
119. Фармакотерапия заболеваний гепатобилиарной системы.
120. Фармакотерапия кислотозависимых заболеваний.
121. Физиологические основы процессов возбуждения и проведения импульса. Сократительный миокард.
122. Физиологические основы ЭКГ-метода, ЭхоКГ. Значение в диагностике болезней сердца.
123. Физиология полового созревания.
124. Физиология фосфорно-кальциевого обмена.
125. Функциональные запоры у детей.
126. Функциональные методы диагностики в детской гастроэнтерологии.

127. Функциональные поражения ЖКТ в период новорожденности.
 128. Хроническая болезнь почек.
 129. Хроническая постгеморрагическая анемия: этиология, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, принципы лечения.
 130. Хронический гломерулонефрит.
 131. Эндоскопические методы диагностики в детской гастроэнтерологии.
 132. Энтеральное питание. Продукты клинического питания.
 133. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения.
 134. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА).

Критерии промежуточного контроля знаний

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.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература

1. Аккредитация по педиатрии: типовые ситуационные задачи: [учебное пособие по специальности 31.05.02 «Педиатрия»] / авт., ред. Р.Р. Кильдиярова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 375 с. (РНМБ – 2)
2. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия у детей: учебник / С.М. Степаненко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2016. – 240 с.: ил., табл. (РНМБ – 2; НБ ЧР – 1)
3. Детская гематология: клинические рекомендации / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с. (РНМБ – 1)
4. Детская хирургия: учебник по спец. 14.01.08 «Педиатрия» дисциплины «Детская хирургия» / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1040 с. (РНМБ – 2; НБ ЧР – 1)
5. Детская хирургия: учебник: для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» / М.П. Разин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 682 с. (НБ ЧР – 1)
6. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1168 с. (РНМБ – 2)
7. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей: учебное пособие для студентов и практикующих врачей / Р.Х. Бегайдарова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 138 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР – 1)

8. Дружинина Н.А. Недостаточность питания в детском возрасте: руководство по диагностике и лечению / Н.А. Дружинина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 159 с. (НБ ЧР – 1)
9. Жила Н.Г., Леванович В.В., Комиссаров И.А. Диагностика заболеваний и повреждений костно-суставного аппарата у детей: учебное пособие по курсу «Педиатрия», по разделу дисциплины «Детская хирургия» / Н.Г. Жила, В.В. Леванович, И.А. Комиссаров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 96 с. (РНМБ – 1)
10. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике: учеб. пособие / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР – 1)
11. Кардиология детского возраста / под ред. А.Д. Царегородцева, Ю.М. Белозерова, Л.В. Брегель. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 784 с. (НБ ЧР – 2)
12. Кильдиярова Р.Р. Клинические нормы. Педиатрия: справочное пособие / Р.Р. Кильдиярова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 375 с. (РНМБ - 1)
13. Кильдиярова Р.Р. Педиатрия. История болезни: учебное пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 96 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР – 1)
14. Лильин Е.Т. Детская реабилитология: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / Е.Т. Лильин, В.А. Доскин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 638 с. – (Библиотека педиатра). (РНМБ – 1; НБ ЧР – 2)
15. Лихорадка у детей: руководство / ред.: А. Саиба Эль-Радхи, Дж. Кэрролла, Н. Клейна; пер. с англ. В. К. Таточенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 400 с. (РНМБ – 1, НБ ЧР – 2)
16. Мельникова И.Ю. Запоры у детей / И.Ю. Мельникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 160 с. (РНМБ – 1; НБ ЧР – 1)
17. Муковисцидоз (клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация): учебное пособие для врачей / А.В. Орлов [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 160 с. (РНМБ – 1)
18. Неонатология: национальное рук-во. краткое изд. / под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 896 с. (РНМБ – 2; НБ ЧР – 2)
19. Неонатология: учебное пособие в 2х т. / Н. П. Шабалов. – 6-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 736 с. (РНМБ – 1)
20. Неотложная педиатрия: национальное руководство/ под ред. Б.М.Блохина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 832 с. (РНМБ – 2)
21. Педиатрия: тестовые вопросы / ГАУ ДПО «Ин-т усовершенствования врачей». - 4-е изд., испр. – Чебоксары: ИУВ, 2017. – 86 с. (НБ ЧР – 2)
22. Педиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 768 с. (РНМБ – 2)
23. Пропедевтика детских болезней: учебник: [по специальности 31.05.02 «Педиатрия» по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»] / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Ю.И. Лобанов [и др.]. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 520 с. (РНМБ – 1)
24. Эндоскопическая хирургия в педиатрии: руководство для врачей / А.Ю. Разумовский [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 598, [6] с. (РНМБ – 1)
25. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных и детей первых месяцев жизни: учебное пособие / И.Е. Иванова, И.Н. Егорова, Н.Г. Тарасова. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 98 с.
26. Физиология и патология кожи у новорожденных и грудных детей: учеб. пособие / авт.-сост. И.Е. Иванова, И.Н. Сергеева. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 94 с.
27. Актуальные вопросы педиатрии и неонатологии: сборник лекций [электронный ресурс] / И.Е. Иванова и др. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 152 с.

28. Микробиота у детей в норме и при патологии: учеб. пособие / И.Е. Иванова, В.А. Родионов. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 126 с.
29. Диагностика и лечение сахарного диабета I типа у детей и подростков. Первичная медико-санитарная помощь: учеб. пособие / И.Н. Егорова, М.В. Будылина. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 68 с.
30. Анемия у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: учеб. пособие / И.Е. Иванова, М.С. Агандеева. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 150 с.
31. Заболевания поджелудочной железы у детей: учебное пособие / И.Е. Иванова, А.А. Трефилов. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 116 с.
32. Сборник задач по неонатологии и педиатрии: электронное издание / И.Е. Иванова. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2014. – 132 с.
33. Оказание неотложной помощи детям и подросткам: учебное пособие / И.Е. Иванова, В.А. Родионов. – Чебоксары: АУ Чувашии ИУВ, 2015. – 168 с.
34. Внутриутробные и перинатальные инфекции. Клиника, диагностика, лечение, профилактика: электронное издание / И.Е. Иванова, Н.Г. Тарасова. – Чебоксары: АУ Чувашии ИУВ, 2015. – 102 с.
35. Сердечно-легочная реанимация у детей: практические рекомендации / Д.В. Лукоянов. – Чебоксары: АУ Чувашии ИУВ, 2015. – 77 с.
36. Алгоритм диагностики заболеваний печени у детей / сост. И.Н. Егорова. – Чебоксары: АУ Чувашии «ИУВ», 2015. – 113 с.
37. Питание беременных и кормящих женщин. Профилактика и лечение гипогалактии: учебное пособие / И.Е. Иванова, М.С. Агандеева, Н.Г. Тарасова. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2016. – 136 с.
38. Ультразвуковая диагностика при диспансеризации детей в практике участкового педиатра: учебное пособие И.Е. Иванова, А.А. Трефилов. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2016. – 138 с.
39. Ожирение у детей и подростков. Диагностика, лечение, профилактика: практическое руководство И.Е. Иванова, И.Н. Егорова. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2016. – 39 с.
40. Болезни кишечника у детей, протекающие с синдромом мальабсорбции: практическое руководство И.Е. Иванова, И.Н. Егорова, О.И. Голубцова. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2017. – 121 с.
41. Рациональная антибактериальная терапия амбулаторных инфекций в педиатрии: практическое руководство / И.Е. Иванова, Д.В. Лукоянов. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2017. – 111 с.
42. Биологические функции витамина D. Рахит и рахитоподобные заболевания у детей: учебное пособие И.Е. Иванова, В.А. Родионов. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2017. – 118 с.
43. Оценка нутритивного статуса ребенка в практике врача-педиатра. Методы коррекции нарушений нутритивного статуса: практическое руководство / И.Е. Иванова, И.Н. Егорова, О.И. Голубцова. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2019. – 107 с.
44. Энтеральное питание недоношенных и маловесных детей в перинатальном стационаре и амбулаторных условиях: практическое руководство / И.Е. Иванова, Н.Г. Тарасова, Д.В. Лукоянов. – Чебоксары: ГАУ ДПО ИУВ, 2019. – 64 с.

7.2. Дополнительная литература

1. Александрович Ю.С. Интенсивная терапия критических состояний у детей: пособие для врачей / Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов, В.И. Гордеев. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2014. – 976 с.

2. Баранов А.А. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения / под ред. А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. – М.: Союз педиатров России, 2015. – 268 с.
3. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика-2018. Справочник. 13 издание, расширенное. – М., 2018. – 272 с.
4. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации / Союз педиатров России [и др.]. 2-е изд., испр. и доп. – М.: ПедиатрЪ, 2016. – 36 с.
5. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». – М.: ПедиатрЪ, 2018. – 91 с.
6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Союз педиатров России. – М., 2019. – 207 с.
7. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике). – М.: ПедиатрЪ, 2017. – 151 с.
8. Основы формирования здоровья детей: учебник / под ред. А. С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 384 с.
9. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика. Клиническое руководство / Н.А. Геппе [и др.] – 2-е изд. – М.: МедКом-Про, 2018. – 200 с.
10. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей / под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, В.П. Новиковой. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 296 с.
11. ПРИМА: педиатрические рекомендации по иммуномодулирующим препаратам в амбулаторной практике (консенсус) / под ред. В.А. Ревякиной, Н.И. Ильина, Н.А. Геппе. – М.: МедиаСфера, 2018. – 56 с.
12. Профилактическая педиатрия: руководство для врачей / под ред. А.А. Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2015. – 692 с.
13. Розин Н. Н., Мизерницкий Ю. Л. Орфанные заболевания легких у детей. – М.: Медпрактика, 2015. – 200 с.
14. Сергеев Ю.С. Клинический диагноз в педиатрии. Формулировка. Классификация: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с.
15. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: российские практические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева и др. – М.: Пре100принт, 2014. – 121 с.
16. Аллергия к белкам коровьего молока у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 52 с.
17. Аллергический ринит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 39 с.
18. Атопический дерматит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 60 с.
19. Аутоиммунный гепатит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 26 с.
20. Болезнь Гоше у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 28 с.
21. Болезнь «кленового сиропа» у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 35 с.

22. Болезнь Помпе (гликогеноз II типа): клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 48 с.
23. Бронхиальная астма у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2019. – 76 с.
24. Бронхолегочная дисплазия: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 33 с.
25. Бронхоэктазы у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 36 с.
26. Клинические рекомендации по вакцинопрофилактике гемофильной инфекции типа b у детей / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 22 с.
27. Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 25 с.
28. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 28 с.
29. Вакцинопрофилактика ротавирусной инфекции у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 25 с.
30. Галактоземия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 33 с.
31. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 37 с.
32. Гематурия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.
33. Гемолитико-уремический синдром у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 41 с.
34. Гипоспадия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 30 с.
35. Гликогеновая болезнь у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 53 с.
36. Глутаровая ацидурия тип I у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 43 с.
37. Гомоцистинурия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 35 с.
38. Детский церебральный паралич у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 36 с.
39. Дефицит ацил-КоА дегидрогеназы жирных кислот с очень длинной углеродной цепью у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 33 с.
40. Дефицит лизосомной кислой липазы у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 25 с.

41. Желчнокаменная болезнь у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 41 с.
42. Изовалериановая ацидемия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 36 с.
43. Иммунопрофилактика менингококковой инфекции у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 22 с.
44. Клинические рекомендации по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 16 с.
45. Инфекция мочевыводящих путей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 24 с.
46. Ихтиоз у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 39 с.
47. Кистозный фиброз (муковисцидоз) у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 58 с.
48. Крапивница у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 56 с.
49. Лихорадка без очага инфекции у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 26 с.
50. Метилмалоновая ацидурия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 42 с.
51. Миастения у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 34 с.
52. Миокардит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 44 с.
53. Мочекаменная болезнь у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 44 с.
54. Мукополисахаридоз I типа: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 36 с.
55. Мукополисахаридоз II типа: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 31 с.
56. Мукополисахаридоз III типа: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.
57. Мукополисахаридоз IV типа: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 29 с.
58. Мукополисахаридоз VI типа: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.

59. Наследственная тирозинемия I типа у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 39 с.
60. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 36 с.
61. Нефротический синдром у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 31 с.
62. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 33 с.
63. Острый бронхолит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 30 с.
64. Острый бронхит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 27 с.
65. Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.
66. Острый тонзиллит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 24 с.
67. Первичная цилиарная дискинезия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 37 с.
68. Пищевая аллергия: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 50 с.
69. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с атонически-астатическим синдромом: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.
70. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с гидроцефальным и гипертензионным синдромами: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 29 с.
71. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом гипервозбудимости: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 27 с.
72. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом мышечного гипертонуса: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 28 с.
73. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом мышечного гипотонуса: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 30 с.
74. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с эпилепсией: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 32 с.

75. Пропионовая ацидурия (ацидемия) у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2018. – 41 с.
76. Псориаз у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 69 с.
77. Рассеянный склероз: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 49 с.
78. Пузырчатка у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 36 с.
79. Себорейный дерматит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 27 с.
80. Синдром Гийена-Барре у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 30 с.
81. Слизисто-кожный лимфонулярный синдром [Кавасаки] (синдром/болезнь Ковасаки) у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 41 с.
82. Тубулопатии у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 57 с.
83. Фенилкетонурия и нарушения обмена тетрагидробиоптерина у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 43 с.
84. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 26 с.
85. Хроническая сердечная недостаточность у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 44 с.
86. Целиакия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 43 с.
87. Экстрофия мочевого пузыря у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 29 с.
88. Эписпадия у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М. – 25 с.
89. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 34 с.
90. Язвенный колит у детей: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2016. – 53 с.
91. Ювенильный дерматомиозит: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 80 с.
92. Гранулематоз Вегенера: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 73 с.
93. Неспецифический аортоартериит: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 72 с.
94. Юношеский анкилозирующий спондилит: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 84 с.

95. Юношеский артрит: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 116 с.
96. Юношеский артрит с системным началом: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям / под ред. А.А.Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2017. – 92 с.

7.3. Нормативные документы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
2. Приказ Минздрава России № 302н от 16.05.2019 «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
3. Приказ Минтруда России от 27.03.2017 N 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2017 N 46397).
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 29 мая 2012 г. регистрационный номер № 24361).
5. Приказ Минздрава России от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении «Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
6. Приказ Минздрава России №92н от 07.03.2018 г. «Об утверждении положения оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
7. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
8. Федеральный закон №489-ФЗ от 25.12.2018 г. «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций».

7.4. Электронные ресурсы

1. Вопросы современной педиатрии: Научно-практический рецензируемый журнал. – URL: <https://vsp.spr-journal.ru/jour> - (Дата обращения: 11.06.2019).
2. Клинические рекомендации / Союз педиатров России. - Текст: электронный – URL: <http://www.pediatr-russia.ru/news/recomend> - (Дата обращения: 11.06.2019).
3. Консультант врача: электронная медицинская библиотека. – URL: http://www.rosmedlib.ru/kits/mb3/med_tbooks/med_spec-esf2k2z11-select-0027.html - (Дата обращения: 11.06.2019).
4. Консультант Плюс: справочно-правовая система – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=home;rnd=0.24535095028573206> - (Дата обращения: 11.06.2019).
5. Научная электронная библиотека. – URL: <http://elibrary.ru> - (Дата обращения: 11.06.2019).
6. Педиатрия: журнал им. Г.Н. Сперанского. – URL: <http://www.pediatriajournal.ru> - (Дата обращения: 11.06.2019).
7. Российский педиатрический журнал - научно-практический журнал. – URL: <http://www.medlit.ru/journalsview/pediatrics> - (Дата обращения: 11.06.2019).
8. Руконт: национальный цифровой ресурс. – URL: <http://rucont.ru/> - (Дата обращения: 11.06.2019).

9. Федеральная электронная медицинская библиотека. – URL:
<http://feml.scsml.rssi.ru/feml/> - (Дата обращения: 11.06.2019).