

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра педиатрии ФПК и ППС

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Перечень оценочных материалов

Раздел 1. Кардиоревматология

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности ССС в возрастном аспекте

Собеседование по контрольным вопросам:

- Нормальная анатомия сердечно-сосудистой системы на этапах онтогенеза в детском возрасте.
- Этапы антенатального развития сердечно-сосудистой системы. Кровообращение плода. Критические периоды формирования плода. Сроки формирования врожденной кардиальной патологии и аритмий сердца у плода.
- Нормальное строение сердечно - сосудистой системы. Полости сердца. Морфология камер сердца. Строение клапанов сердца.
- Проводящая система сердца.
- Осмотр ребенка с патологией сердечно-сосудистой системы. Шумы сердца.
- Терминология структурных нарушений строения сердца.
- Классификация болезней сердечно - сосудистой системы. Проявления сердечно-сосудистой патологии у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Наружный осмотр
- Особенности сбора анамнеза у детей с кардиоревматологической патологией.
- Топографическая и сравнительная перкуссия сердца.
- Аускультация сердца с оценкой ритма, ясности тонов, характеристика сердечных шумов.
- Подсчет ЧСС, пульса, АД.

Тема 2. Методы исследования ССС у детей. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования

Собеседование по контрольным вопросам:

- Основы электрокардиографии (исторические этапы, отведения ЭКГ, основные параметры ЭКГ). Принципы формирования нормальной ЭКГ, особенности формирования зубцов, интервалов, их нормальные величины.
- Холтеровское мониторирование ЭКГ (история развития, диагностические возможности, показания, интерпретация данных).
- Электрофизиологическое исследование:
внутрисердечное электрофизиологическое исследование, чреспищеводная электрокардиостимуляция (основы метода, показания, методика выполнения, интерпретация результатов).
- Кардиореспираторный тест (показания, интерпретация данных).
- Функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил-тест).
- Лекарственные пробы в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы
- Суточное мониторирование АД (показания, интерпретация данных).
- Эхокардиография (основы метода, возможности, интерпретация данных)

- Ультразвуковое исследование сосудов (возможности метода, интерпретация).
- Рентгенография (основы метода, возможности, интерпретация данных).
- Компьютерная томография (основы метода, возможности, интерпретация).
- ЯМР-томография (основы метода, возможности, интерпретация данных).
- Ангиокардиография (основы метода, возможности, интерпретация данных).
- Позитронно-эмиссионная томография (основы метода, возможности, интерпретация данных).

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Измерить А/Д на руках и ногах
- Оценить рентгенограмму легких, рентгенограмму сердца в 3-х проекциях, крупных суставов и костей конечностей
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови
- Проведение и анализ эхокардиографии
- Принять участие в проведении и оценить результаты КТ и МРТ-исследований
- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Исследование вегетативного статуса ребенка (КИГ, КОП, Таблицы Вейна), лекарственные пробы
- Проведение и анализ данных велоэргометрических проб
- Постановка и интерпретация данных ЭКГ
- Постановка и интерпретация данных холтеровского мониторирования
- Интерпретация данных рентгенографии

Тема 3. Первичные и вторичные артериальные гипотензии и гипертензии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Физиология регуляции артериального давления, прессорная и депрессорная система регуляции.
- Артериальная гипертензия в детском возрасте (эпидемиология, причины развития, факторы риска, патогенез, классификация).
- Методы измерения артериального давления, у детей и подростков, оценка уровня артериального давления в различные возрастные периоды. Техника и правила измерения АД, ошибки и способы их устранения.
- Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии.
- Современные подходы к лечению артериальной гипертензии в детском возрасте. Немедикаментозная терапия, показания к медикаментозной терапии.
- Основные современные антигипертензивных препаратов.
- Тактика выбора антигипертензивных препаратов в зависимости от этиологии АГ, возраста пациента.
- Принципы диспансерного наблюдения. Профилактика артериальной гипертензии.
- Артериальная гипотензия (этиология, диагностика, лечение, прогноз).
- Синдром вегетативной дисфункции (этиология, патогенез, классификация,

клиника, диагностика, методы лечения).

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Измерение АД на руках и ногах с оценкой и интерпретацией данных с учетом возрастных особенностей
- Исследование вегетативного статуса ребенка (КИГ, КОП, Таблицы Вейна), лекарственные пробы
- Проведение и анализ данных велоэргометрических проб
- Принять участие в проведении и оценить результаты ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ внутренних органов, ангиокардиографии
- Неотложная помощь при гипертоническом кризе и коллапсе.

Тема 4. ВСД. Вегето-висцеральные пароксизмы

Собеседование по контрольным вопросам:

- Какие факторы определяют высокую частоту развития вегетативной дистонии в подростковом возрасте? На какие особенности перинатального анамнеза следует обратить внимание для выделения пациентов группы риска по развитию вегетативной дистонии? Каким образом гормональный дисбаланс может способствовать развитию вегетативной дистонии у подростков?
- Основные критерии оценки исходного вегетативного тонуса.
- Классификация ВСД у детей и подростков
- Характерные клинические проявления вегетативной дистонии у детей раннего возраста.
- Критерии оценки тяжести вегетативной дистонии у ребенка
- Принципы терапии. Значение и принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии.
- Рекомендации по физической нагрузке для пациентов, страдающих вегетативной дистонией
- Основные причины обмороков и клинические проявления обморока
- Характеристика и клинические проявления вегетативных кризов
- План обследования подростка с вегетативной дистонией.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Исследование вегетативного статуса ребенка (КИГ, КОП, Таблицы Вейна), лекарственные пробы
- Проведение и анализ данных велоэргометрических проб
- Принять участие в проведении и оценить результаты ЭКГ, ЭХО КГ, УЗИ внутренних органов, ангиокардиографии.
- Составить план обследования подростка с вегетативной дистонией.

Тема 5. Врожденные пороки сердца. Лечение и диспансерное наблюдение больных с ВПС.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Врожденные пороки сердца (ВПС) у детей. Распространенность. Критические периоды морфогенеза сердца. Мультифакторная теория этиологии, патогенеза ВПС. Классификация ВПС. Пренатальная диагностика ВПС. Кариотипирование.
- Клиническая, лабораторная и инструментальная (ДЭхоКГ, ЭКГ, рентгенологическая) диагностика.
- Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к хирургической коррекции. Профилактика осложнений. Прогноз. Диспансеризация детей с ВПС.
- Тактика врача-педиатра при критических пороках сердца в периоде новорожденности. Диетическая коррекция при гипотрофии у детей с ВПС.
- Показания к хирургической коррекции. Подготовка к оперативной коррекции.
- Электрокардиография (ЭКГ). ЭКГ диагностика гипертрофий и перегрузок. Специфические изменения ЭКГ при ВПС.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- Специфические изменения рентгенографии органов грудной клетки при ВПС.
- Эхокардиография. Эхокардиографические критерии диагностики ВПС.
- Аномалии развития перегородок сердца (септальные дефекты): ДМЖП, ДМПП, АВК Патология. Клинические проявления. Физикальное обследование. Диагностика. Электрокардиография. Эхокардиография. Наблюдение и лечение пациентов с некорригированным пороком. Эндоваскулярные методы лечения. Хирургическое лечение
- Аномалии развития легочных и системных вен (ЧАДЛВ, ТАДЛВ, Атрезия и стеноз лёгочных вен.) Патология. Клинические проявления. Физикальное обследование. Диагностика. Электрокардиография. Эхокардиография. Наблюдение и лечение пациентов с некорригированным пороком. Хирургическое лечение
- Аномалии отхождения магистральных артерий. Патология. Клинические проявления. Физикальное обследование. Диагностика. Электрокардиография. Эхокардиография. Наблюдение и лечение пациентов с некорригированным пороком. Хирургическое лечение
- Врожденные пороки развития аорты. Коарктация аорты (КоАо). Анатомия. Классификация. Патология. Клиническая картина. Диагностика. Электрокардиография. Эхокардиография. Наблюдение и лечение пациентов с некорригированной КоАо. Эндоваскулярное лечение. Хирургическое лечение. Показания и противопоказания. Хирургическая техника. Специфические осложнения хирургического лечения. Послеоперационное наблюдение.
- Осложнения при естественном течении врожденных пороков сердца и после их хирургической коррекции. Лёгочно-артериальная гипертензия. Одышно-цианотические приступы. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭхоКг у детей с подозрением на ВПС
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Перкуссия сердца с определением и оценкой границ сердца при разных видах ВПС
- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии.

**Тема 6. Нарушение сердечного ритма и проводимости
Особенности медикаментозной терапии при нарушении сердечного ритма и проводимости, показания к электроимпульсной терапии.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Проводящая система сердца. Анатомия и физиология.
- Классификация НРС и проводимости и ЭКГ-характеристика.
- Изменения автоматизма синусового узла (синусовые тахикардии, брадикардия, аритмия). Синдром слабости синусового узла. Синоатриальная блокада. Остановка САМеханизм формирования, клиника, лечение.
- Аритмии, связанные с проявлением активности латентных водителей ритма (кроме тахикардий). Экстрасистолия: наджелудочковая и желудочковая. Парасистолия. Механизм формирования, клиника, лечение.
- Суправентрикулярные пароксизмальные и хронические тахикардии. АВ-реципрокные пароксизмальные и хронические тахикардии. Фибрилляция и трепетание Механизм формирования, клиника, лечение.
- Желудочковые тахиаритмии: тахикардия, фибрилляция, трепетание. Механизм формирования, клиника, лечение.
- Атриовентрикулярные блокады. Нарушения внутрижелудочковой проводимости – блокады ножек пучка Гиса и их разветвлений. Механизм формирования, клиника, лечение.
- Неотложная помощь при нарушениях ритма у детей.
- ЭКГ признаки всех видов аритмий, диф. диагностика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести

- состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭКГ, холтер - мониторингования, ЭхоКг у детей с нарушением ритма сердца
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Тактика выбора антиаритмических препаратов в зависимости от вида аритмий, возраста пациента.

Тема 7 «Болезни сердца неревматической природы. Неревматические кардиты, кардиомиопатии, пролапс митрального клапана, фиброэластоз».

Собеседование по контрольным вопросам:

- Миокардиты. Определение. Эпидемиология. Современный взгляд на патогенез, критерии, диагностики, классификацию. Классификация. Алгоритм диагностики миокардитов. Анамнез обследование. Особенности клиники у новорожденных. ЭКГ-признаки миокардита. Ультразвуковые признаки миокардита. Лабораторные методы обследования. Биопсия миокарда. Даласские критерии гистологической диагностики миокардита. Сцинтиграфия миокарда. Критерии миокардита (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов). Течение и прогноз миокардитов. Лечение. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Особенности лечения сердечной недостаточности при миокардитах. Осложнения миокардитов и их лечение.
- Эндокардиты. Определение. Эпидемиология. Современный взгляд на патогенез, критерии, диагностики, классификацию. Классификация. Алгоритм диагностики. Анамнез обследование. Клинические проявления. Особенности клиники у новорожденных. ЭКГ-признаки эндокардита. Ультразвуковые признаки эндокардита. Лабораторные методы обследования. Течение и прогноз эндокардитов. Лечение. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Осложнения эндокардитов и их лечение.
- Перикардиты. Определение. Эпидемиология. Современный взгляд на патогенез, критерии, диагностики, классификацию. Классификация. Алгоритм диагностики. Анамнез обследование. Клинические проявления. Особенности клиники у новорожденных. ЭКГ-признаки перикардита. Ультразвуковые признаки перикардита. Лабораторные методы обследования. Течение и прогноз перикардитов. Лечение. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Осложнения эндокардитов и их лечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭКГ у детей с кардитами
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.

- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- Интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии

Тема 8. Ревматизм. Клинические особенности и варианты течения в детском возрасте, лечение, диспансеризации.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Острая и хроническая ревматическая лихорадка у детей. Распространенность, факторы риска, этиология, патогенез острой и хронической ревматической лихорадки у детей. Классификация, клиничко-лабораторные критерии диагностики, дифференциальный диагноз ревматической лихорадки у детей. Стандарты терапии, диспансерное наблюдение, первичная и вторичная профилактика.
- Программы диспансерного наблюдения пациентов с ревматологической патологией.
- Диспансеризация детей с артритами (ювенильным идиопатическим), диффузными болезнями соединительной ткани (ювенильным дерматомиозитом, системной красной волчанкой, очаговой и системной склеродермией). Показания к рассмотрению на медико-социальной экспертизе по месту жительства.
- Суставной синдром у детей. Обследования детей с суставным синдромом. Причины артралгий. Дисметаболическая артропатия. Боли роста. Инфекционные артриты. Гнойные артриты.
- Алгоритм дифференциальной диагностики реактивных артритов, синдрома Рейтера, острого гематогенного остеомиелита. Лабораторная, инструментальная диагностика. Принципы терапии детей с реактивными артритами, диетотерапия, физиолечение, ЛФК.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭКГ у детей с кардитами
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- Интерпретация общего и биохимического анализа крови при подозрении на ревматическую патологию

- Интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии, рентгенография суставов, УЗИ суставов.

Тема 9. Диффузные болезни соединительной ткани (СКВ, склеродермия, дерматомиозит). Основные клинические и лабораторные критерии диагностики. Лечение. Диспансеризация.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Патогенез ДБСТ. Критерии диагностики, особенности течения системной красной волчанки, ювенильного дерматомиозита, очаговой и системной склеродермии
- Тактика иммуносупрессивной, симптоматической терапии.
- Ювенильные формы системных васкулитов. Анафилактоидная пурпура. Болезнь Такаясу. Узелковый периартериит. Болезнь Кавасаки. Узловатая эритема. Дифференциальный диагноз.
- Лекарственные средства, применяемые для лечения ревматических болезней у детей. Прогноз.
- Диспансеризация детей с артритами (ювенильным идиопатическим), диффузными болезнями соединительной ткани (ювенильным дерматомиозитом, системной красной волчанкой, очаговой и системной склеродермией). Показания к рассмотрению на медико-социальной экспертизе по месту жительства.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭКГ у детей с кардитами
- Особенности аускультации сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- Интерпретация общего и биохимического анализа крови при подозрении на ревматическую патологию
- Интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии, рентгенография суставов, УЗИ суставов.

Тема 10. Приобретенные пороки сердца. Показания к хирургическому лечению.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиологические факторы формирования приобретенных пороков сердца (ППС) у детей и подростков. Клиника ППС. Рентгенологические, ДЭхоКГ, критерии диагностики.
- Принципы лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение.
- Пороки аортального клапана. Стеноз аортального клапана. Гемодинамика, диагностика, возможности консервативной терапии. Показания хирургическому лечению.
- Недостаточность аортального клапана. Гемодинамика, клиника, диагностика, возможности консервативной терапии. Показания к хирургическому лечению.
- Пороки митрального клапана. Стеноз митрального клапана. Гемодинамика, диагностика, возможности консервативной терапии. Показания хирургическому лечению.
- Недостаточность митрального клапана. Гемодинамика, диагностика, возможности консервативной терапии. Показания хирургическому лечению.
- Сочетанные и комбинированные пороки. Сложный аортальный порок. Особенности гемодинамики, клиники и лечения. Сложный митральный порок. Особенности гемодинамики, клиники и лечения. Сочетание митрального и аортального пороков. Особенности гемодинамики, клиники, лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Проведение и оценка данных ЭКГ у детей с ППС
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- Интерпретация общего и биохимического анализа крови
- Интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии, рентгенография суставов.

**Тема 11. Острая и хроническая сердечная недостаточность кровообращения
Особенности недостаточности кровообращения у детей раннего возраста.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение термина недостаточность кровообращения (НК), острая и хроническая сердечная недостаточность. Классификация.
- Причины, механизмы развития, клиника, диагностика хронической сердечной недостаточности кровообращения у детей. Принципиальные медикаментозные особенности в терапии систолической и диастолической

сердечной недостаточности. Современные патогенетические направления в лечебной тактике ХСН.

- Современные принципы лечения больных ХСН. Прогноз.
- Тактика ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью. Определение. Классификация острой СН. Клиническая картина. Острая левожелудочковая недостаточность. Острая правожелудочковая недостаточность. Кардиогенный шок. Лечение. Режим Питания. Неотложная помощь при острой левожелудочковой недостаточности. Гипокинетический, гиперкинетический вариант острой левожелудочковой недостаточности. Неотложная помощь при острой правожелудочковой и тотальной сердечной недостаточности. Неотложная помощь при кардиогенном шоке. Неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок).
- Особенности наблюдения за пациентами с недостаточностью кровообращения на амбулаторном этапе.
- Группа здоровья. Кратность осмотра педиатра, кардиолога, узких специалистов. Лабораторные и инструментальные методы обследования и кратность их выполнения.
- Физическая нагрузка. Сроки диспансерного наблюдения. Физическая нагрузка.
- Особенности лечения недостаточности кровообращения при различных типах нарушения гемодинамики и в зависимости от этиологического фактора. Основные механизмы развития СН при врожденных пороках сердца. Принципы терапии сердечной недостаточности (СН) при перегрузке давлением.
- Принципы терапии СН у больных с гипертрофической кардиомиопатией, дилатационной кардиомиопатией, рестриктивной кардиомиопатией. Тактика лечения СН у больных с миокардитами в зависимости от этиологического фактора.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез при обследовании ребенка, составить генеалогическое дерево
- Методика физикального обследования больного ребенка, критерии оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- Пальпация печени и селезенки для оценки степени СН
- Проведение и оценка данных ЭКГ у детей
- Особенности аускультации сердца при пороках сердца с оценкой гемодинамических изменений.
- Выполнять и интерпретировать данные эхокардиографического исследования сердца в одномерном (М-ЭХО) и двумерном (М-ЭХО) режимах, доплеровского исследования сердца;
- Интерпретация общего и биохимического анализа крови
- Интерпретировать результаты рентгенографического исследования, МРТ, КТ, катетеризация сердца, коронарографии, рентгенография суставов, УЗИ суставов.
- Владеть навыками сердечно-легочной реанимации в разных возрастных группах.

Раздел 2. Пульмонология

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей и подростков.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Нормальная анатомия дыхательной системы на этапах онтогенеза в детском возрасте.
- Этапы антенатального развития дыхательной системы. Критические периоды формирования плода. Сроки формирования врожденной патологии органов дыхания.
- Нормальное строение дыхательной системы.
- Осмотр ребенка с патологией дыхательной системы. Аускультация, перкуссия, пальпация при патологии органов дыхания.
- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией органов дыхания.
- Бронхиальное дыхание, его характеристика, физиологическое и патологическое бронхиальное дыхание.
- Разновидности нарушения ритма дыхания и их патогенез.
- Физические основы и виды перкуссии, и ее диагностическое значение. Характеристика перкуторных звуков, получаемых при перкуссии различных участков тела человека.
- Изменения перкуторного звука при патологических состояниях органов дыхания.
- Методика определения нижних границ легких, их топография у здорового человека. Диагностическое значение изменения границ и подвижности нижних краев легких.
- Физические основы аускультации. Непосредственная и опосредованная аускультация легких, их достоинства и недостатки.
- Техника и методика аускультации легких.
- Что такое основные и побочные дыхательные шумы, что к ним относится.
- Везикулярное дыхание, его характеристика, количественные изменения (усиление, ослабление). Качественные разновидности везикулярного дыхания (жесткое, саккадированное) и их характеристика.
- Качественные разновидности бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое) и их характеристика. Диагностическое значение изменения основных дыхательных шумов, Классификация побочных дыхательных шумов.
- Хрипы, их разновидности, характеристика и механизм возникновения. Крепитация, ее характеристика и механизм возникновения.
- Диагностическое значение звучности влажных хрипов и крепитации. Шум трения плевры, его характеристика и механизм возникновения.
- Показатели спирограммы и ее нормальные величины, принципы расфировки спирограммы.
- Нормальные показатели пневмотахометрии.
- Терминология структурных нарушений органов дыхания.
- Классификация болезней органов дыхания.

- Проявления патологии органов дыхания у детей. Семиотика поражения органов дыхания у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Сбор анамнеза у детей с патологией органов дыхания.
- Оценить тип дыхания, пальпация грудной клетки, перкуссия легких с оценкой перкуторного звука.
- Топографические ориентиры грудной клетки. Проекция долей и сегментов легких на грудную клетку.
- Статический осмотр грудной клетки (нормальные и патологические формы грудной клетки, симметричность обеих половин).
- Динамический осмотр грудной клетки. Определение частоты, глубины, типа и ритма дыхания.
- Пальпация грудной клетки. Определение резистентности грудной клетки и голосового дрожания и их диагностическое значение.
- Техника опосредованной пальце-пальцевой перкуссии. Методика сравнительной перкуссии легких. Характеристика перкуторных звуков, получаемых при перкуссии различных участков тела человека.
- Техника и методика аускультации легких.
- Хрипы, их разновидности, характеристика и механизм возникновения. Крепитация, ее характеристика и механизм возникновения. Диагностическое значение звучности влажных хрипов и крепитации.
Шум трения плевры, его характеристика и механизм возникновения.
- Дифференциальная диагностика влажных мелкопузырчатых хрипов, крепитации и нежного шума трения плевры.
- Техника проведения бронхофонии, ее изменения при заболеваниях органов дыхания.
- Методика исследования мокроты и забор материала для исследования.
- Макроскопическое исследование мокроты. Микроскопическое исследование мокроты (клеточные элементы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластические волокна).
- Бактериоскопическое исследование мокроты на наличие туберкулезных палочек.
- Лабораторное исследование плевральной жидкости (цвет, прозрачность, плотность, определение количества белка, проба Ривальта, микроскопия клеточных элементов).
- Показатели спирограммы и ее нормальные величины, принципы расшифровки спирограммы.
- Нормальные показатели пневмотахометрии.

Тема 2. Методы исследования органов дыхания у детей. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования

Собеседование по контрольным вопросам.

- Методика исследования мокроты и забор материала для исследования.

- Макроскопическое исследование мокроты. Микроскопическое исследование мокроты (клеточные элементы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластические волокна).
- Бактериоскопическое исследование мокроты на наличие туберкулезных палочек.
- Показания и противопоказания к проведению плевральной пункции. Лабораторное исследование плевральной жидкости (цвет, прозрачность, плотность, определение количества белка, проба Ривальта, микроскопия клеточных элементов).
- Показания и противопоказания к проведению спирометрии и пикфлоуметрии, пневмотахометрии, интерпретация результатов.
- Показания и противопоказания к проведению рентгеновского исследования, КТ, МРТ легких, бронхоскопии с бронхографией. Диагностическое значение с оценкой результатов.
- Методы исследования газов, кислотно-щелочного состояния крови (КЩС) и основного обмена
- Способы взятия крови для анализа. Определение показателей КЩС. Прямой и косвенный способы определения показателей КЩС. Оценка нарушений КЩС по данным анализа. Фотоксигмометрия.
- Методы исследования основного обмена у человека. Автоматические системы расчетов обмена в покое и при нагрузках.
- Ингаляционные пробы с фармакологическими препаратами. Бронходилатационный тест (проба с бронхолитиками). Бронхоконстрикторный тест (провокационная проба). Условия проведения проб. Показания и противопоказания. Препараты для проведения проб. Методики проведения проб у детей и взрослых. Оценка результатов. Провокационная проба с холодным воздухом. Методика проведения. Оценка результатов.
- Исследование системы внешнего дыхания в условиях физических нагрузок. Показания и противопоказания. Эргоспирометрия.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;

- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Проведение плевральной пункции. Анализ плевральной жидкости.
- Поведение эндотрахеальной санации. Взятие мокроты и ее клинический анализ. Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение и оценка результатов бронхоскопии. Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.
- Постановка туберкулиновых проб и их оценка.
- Взятие мазка со слизистой оболочки глотки и носа
- Интерпретация рентгенограмм и томограмм органов грудной клетки.
- Проведение спирометрии и пикфлоуметрии интерпретация результатов.
- Проведение пробы с бронходилататорами
- Проведение пульсоксиметрии
- Катетеризация бронхов через нос и рот. Введение лекарств в бронхи.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
- Оценка КЩС
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.
- Проведение неинвазивной вентиляции легких.
- Методика исследования мокроты и забор материала для исследования.
- Макроскопическое исследование мокроты. Микроскопическое исследование мокроты (клеточные элементы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эластические волокна).
- Бактериоскопическое исследование мокроты на наличие туберкулезных палочек.
- Лабораторное исследование плевральной жидкости (цвет, прозрачность, плотность, определение количества белка, проба Ривальта, микроскопия клеточных элементов).
- Показатели спирограммы и ее нормальные величины, принципы расшифровки спирограммы.
- Нормальные показатели пневмотахометрии.

Тема 3. Заболевания верхних дыхательных путей. Ринит, фарингит, синусит, ларингит, трахеит, тонзиллит.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Особенности клинической картины респираторных вирусных инфекций
- Особенности ринита в детском возрасте.
- Классификация острых ринитов у детей. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и стадии острого ринита. Особенности острого ринита у грудных детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия.

- Ринит при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп
- Фарингит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и стадии острого фарингита. Особенности течения у грудных детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия.
- Синусит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и стадии острого синусита. Особенности течения у грудных детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия. Особенности течения при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп.
- Ларингит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Особенности течения у грудных детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия. Особенности течения при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп. Неотложная помощь при остром стенозирующем ларинготрахеите. Особенности течения при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп.
- Трахеит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Особенности течения у грудных детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия. Особенности течения при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп.
- Тонзиллит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и стадии острого и хронического тонзиллита у детей. Диагностика. Лечение. Осложнения и последствия. Особенности течения при других заболеваниях: корь, дифтерия, скарлатина, коклюш, грипп.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Передняя риноскопия
- Оценить характер экссудата, цитологию назального секрета,
- Микробиологическое исследование содержимого полости носа с определением чувствительности антибиотикам, идентификация вируса.

- Осмотр передних отделов носа с помощью направленного источника света (фонарика) или компьютерную томографию для выявления травматических повреждений
- Составлять план обследования больного с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования;
- Интерпретировать результаты исследований: лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.;

Тема 4. Бронхиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- Роль инфекции верхних дыхательных путей в развитии бронхолегочных заболеваний.
- Факторы, предрасполагающие к возникновению инфекции в бронхах
- Влияние среды и экологии, предшествующие заболевания дыхательной системы, хронические очаги инфекции
- Этиология. Патогенез бронхитов. Объяснить понятие мукоцилиарный клиренс, какие процессы приводят к его нарушению.
- Классификация бронхитов у детей. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз.
- Алгоритм дифференциального диагноза бронхитов с пневмонией и бронхиальной астмой у детей разных возрастных групп
- Современные методы диагностики, какие из них могут быть выполнены в стационаре и в поликлинике.
- Современные методы лечения бронхитов, бронхиолитов у детей
- Показания к назначению бронхолитиков и антибактериальной терапии, дренажу бронхов
- Современные методы профилактики бронхитов, реабилитация после перенесенного бронхиолита.
- Знать сроки и дозы (курсовые) бактериальных лизатов и других иммуномодуляторов. Показания к физиотерапии.
- Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими бронхит.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования,

поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;

- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Проведение эндотрахеальной санации.
- Взятие мокроты и ее клинический анализ.
- Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение и оценка результатов бронхоскопии.
- Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.
- Проведение провокационных проб со специфическими и неспецифическими раздражителями.
- Проведение пробы с бронходилататорами.
- Проведение пикфлоуметрии.
- Проведение пульсоксиметрии.
- Катетеризация бронхов через нос и рот. Введение лекарств в бронхи.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
- Оценка КЩС.
- Оценка результатов нагрузочных тестов.
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.

Тема 5. Пневмонии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе.
- Пневмония. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Необходимый диагностический минимум по рекомендациям Европейского общества пульмонологов. Критерии диагноза пневмонии. Пример формулировки диагноза, согласно классификации.
- Дифференциальная диагностика пневмоний вызванных различными возбудителями. Особенности медикаментозной терапии.
- Внебольничная пневмония. Этиология. Особенности возбудителя в возрастном аспекте. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.
- Внутрибольничная пневмония. Этиология. Особенности возбудителя в возрастном аспекте. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Профилактика.

- Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии.
- Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение больных перенесших пневмонию. Профилактика.
- Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.
- Типичная пневмония. Особенности возбудителя, особенности клинических проявлений и лабораторно-рентгенологических данных. Патогенетическая терапия с позиций доказательств. Профилактика.
- Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Особенности возбудителя, особенности клинических проявлений и лабораторно-рентгенологических данных. Патогенетическая терапия с позиций доказательств. Профилактика.
- Резистентность к антибиотикам: основные механизмы и пути их преодоления
- Осложнения пневмонии раннего и позднего периодов. Особенности терапии
- Дифференциальная диагностика пневмонии, бронхитов и туберкулеза легких. Туберкулинодиагностика. Диаскин-тест.
- Абсцедирующая пневмония, абсцесс и гангрена легкого. Диагностика и лечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Проведение эндотрахеальной санации.
- Взятие мокроты и ее клинический анализ.
- Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение и оценка результатов бронхоскопии.
- Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.

- Проведение пикфлоуметрии.
- Проведение пульсоксиметрии.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
- Оценка КЩС.
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.

Тема 6. Плевриты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Плевриты. Этиология, патогенез. Классификация. Семиотика поражений плевры. Клиническая картина заболевания.
- Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний сопровождающихся плевральным выпотом.
- Сухой плеврит. Этиопатогенез, жалобы, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования. Основные принципы лечения и профилактики.
- Междолевой плеврит. Этиопатогенез, жалобы, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования. Основные принципы лечения и профилактики.
- Экссудативный плеврит. Этиопатогенез, классификация, жалобы, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования. Основные принципы лечения и профилактики.
- Синпневмонический, метапневмонический плеврит. Особенности клинический проявлений, диф.диагностика,лечение.
- Пиопневмоторакс, гидроторакс, пневмоторакс, гемоторакс. Этиопатогенез, жалобы, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования. Основные принципы лечения и профилактики.
- Осумкованный плеврит и эмпиема плевры. Тактика ведения больных.
- Синдром наличия жидкости в плевральной полости.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;

- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Проведение эндотрахеальной санации.
- Взятие мокроты и ее клинический анализ.
- Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.
- Проведение пикфлоуметрии.
- Проведение пульсоксиметрии.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
- Оценка КЩС.
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.
- Проведение плевральной пункции и оценка плеврального выпота.

Тема 7. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Бронхиальная астма. Эпидемиология и факторы риска. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания.
- Астматический бронхит. Ночной кашель. Астма физического напряжения. Сочетание астмы с атопическим дерматитом.
- Клинические проявления и диагностика. Приступный период. Критерии тяжести приступа у детей. Данные физикального осмотра (во время приступа удушья и вне приступа).
- Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы.
- Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов.
- Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности.
- Показания к направлению на МСЭК.

- Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Клиника, диагностика. Неотложная терапия астматического статуса.
- Тяжелое обострение астмы (астматический статус): клинические проявления, осложнения, лечение.
- Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома
- Дифференциальный диагноз хронических обструктивных заболеваний легких с муковисцидозом, пневмоконииозом легких и бронхиальной астмой.
- Ингаляционная терапия бронхообструктивного синдрома.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Взятие мокроты и ее клинический анализ.
- Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение и оценка результатов бронхоскопии.
- Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.
- Проведение пикфлоуметрии, спирометрии.
- Проведение пульсоксиметрии.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
- Оценка КЩС.
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.

Тема 8. Поражение легких при наследственных и системных заболеваниях. Принципы лечения.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Дефицит альфа – 1 – антитрипсина. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Первичная цилиарная дискинезия. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Поражение легких при иммунодефицитах. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Муковисцидоз. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Токсический фиброзирующий альвеолит. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Поражения легких при ревматоидном артрите. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Легочной гемосидероз. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- Поражение легких при системной склеродермии и системной красной волчанке. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Обследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Взятие мокроты и ее клинический анализ.
- Сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований.
- Проведение и оценка результатов бронхоскопии.
- Проведение бронхоальвеолярного лаважа и оценка лаважной жидкости.
- Проведение пикфлоуметрии, спирометрии.
- Проведение пульсоксиметрии.
- Работа с кислородными приборами, методика длительной малопоточной оксигенации.
- Работа с аэрозольными приборами (небулайзерами).
- Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.

- Оценка КЩС.
- Оценка результатов рентгенографии, томографии, МРТ, КТ легких, ангиопульмонографии.

Раздел 3. Гастроэнтерология.

Тема 1.Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей в возрастном аспекте.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Нормальная анатомия пищеварительной системы на этапах онтогенеза в детском возрасте.
- Этапы антенатального развития пищеварительной системы. Критические периоды формирования плода. Сроки формирования врожденной патологии органов пищеварения.
- Нормальное строение пищеварительной системы и особенности строения в период раннего возраста. Анатомо-физиологические и функциональные особенности пищеварительной системы у доношенного и недоношенного ребенка
- Особенности переваривания и развития ферментной системы в разные возрастные периоды.
- Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта по римским критериям.
- Методика обследования органов пищеварения. Особенности сбора анамнеза, объективного осмотра, пальпация живота со знанием болевых зон живота и точек, перкуссия, аускультация живота.
- Семиотика синдромов, встречающихся при заболеваниях органов пищеварения у детей: боли в животе, срыгивание и рвота, нарушение дефекации.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Сбор анамнеза у детей с патологией органов пищеварения.
- Топографические ориентиры органов брюшной полости.
- Статический осмотр живота и органов брюшной полости (нормальные и патологические формы живота, симметричность обеих половин).
- Динамический осмотр живота и органов брюшной полости.
- Пальпация живота с определением болевых зон. Особенности пальпации при болевом синдроме.
- Техника опосредованной пальце-пальцевой перкуссии. Методика сравнительной перкуссии печени и селезенки.
- Техника и методика аускультации живота с оценкой активности перистальтики желудка и кишечника.
- Особенности осмотра ребенка при патологии пищеварительной системы
- Методика сбора кала для копрограммы.
- Макроскопическое исследование каловых масс. Микроскопическое исследование кала с интерпретацией данных.

Тема 2. Методы исследования органов дыхания у детей. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования

Собеседование по контрольным вопросам.

- Методика обследования органов пищеварения. Особенности сбора анамнеза, объективного осмотра, пальпация живота со знанием болевых зон живота и точек перкуссия, аускультация живота.
- Семиотика синдромов, встречающихся при заболеваниях органов пищеварения у детей: боли в животе, срыгивание и рвота, нарушение дефекации.
- Показания, противопоказания к проведению, методика проведения ФЭГДС и интерпретация полученных данных.
- Биопсия слизистой оболочки пищевода, желудка, ДПК, толстой кишки с оценкой и интерпретацией полученных данных.
- Диагностика инфицирования *H. pylori* (бактериологический, морфологический, цитологический, биохимический, молекулярно-биологический, серологический, дыхательный методы, ИФА).
- Копрологические синдромы патологии верхнего отдела пищеварительного тракта, кишечника: синдром нарушения тонкокишечного и толстокишечного пищеварения, при патологии ЖВП и поджелудочной железы. Исследование микробиоценоза желудочно-кишечного тракта, диагностика гельминтозов, протозойных инфекций
- Копрологическое исследование (макро – и микроскопическое исследование фекалий), трактовка с учетом возрастных особенностей пищеварения и особенностей питания
- Внутрижелудочная рН – метрия
- УЗИ верхних и нижних отделов ЖКТ
- Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК, кишечника, ЖВП и поджелудочной железы.
- Ректороманоскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Колоноскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Лапароскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Баллонная энтероскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Манометрия толстой кишки и аноректальной зоны. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Дуоденальное зондирование. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Лабораторные маркеры патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Методика сбора кала для копрограммы, дисбактериоза кишечника и кала на кишечную группу.
- Макроскопическое исследование каловых масс. Микроскопическое исследование кала с интерпретацией данных.
- Методика проведения ФЭГДС с биопсией и интерпретация полученных данных.
- Методика проведения и интерпретация данных УЗИ органов брюшной полости
- Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК, кишечника, ЖВП и поджелудочной железы.
- Методика проведения ректороманоскопии и интерпретация полученных данных.
- Методика проведения колоноскопии и интерпретация полученных данных.
- Интерпретация полученных лабораторных данных биохимического анализа крови, кала.

Тема 3. Болезни полости рта. Аномалия развития, заболевания слизистой полости рта, языка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- Особенности строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей в разные возрастные периоды.
- Механическая, химическая, термическая травма слизистой оболочки полости рта.
- Поражение СОПР при инфекционных заболеваниях (корь, дифтерия, скарлатина, инфекционный мононуклеоз, острый герпетический стоматит, герпангина, кандидоз)
- Поражение СОПР, вызванные приемом лекарственных средств
- Патология языка: аглоссия, анкилоглоссия, глоссоптоз, макроглоссия, микроглоссия, макростомия
- Расщелина неба, добавочная ротовая щель

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Особенности вскармливания детей с расщелиной неба.

Тема 4. Заболевания пищевода. Аномалии развития, эзофагиты, язвы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пороки развития пищевода (атрезия пищевода, врожденный стеноз пищевода, врожденный короткий пищевод, удвоение пищевода, врожденная халазия кардии).

Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Пищевод Баррета. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Острый эзофагит, рефлюкс – эзофагит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Дискинезия пищевода. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Ахалазия кардии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Инородные тела пищевода. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Проведение дыхательных тестов с интерпретацией данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 5. Заболевания желудка и 12 п.к. Гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и 12 п.к. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пороки развития желудка (Агенезия, Гипоплазия, врожденный пилоростеноз). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Острый гастрит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронический гастрит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронический гастродуоденит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

- Язвенная болезнь желудка и ДПК. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Осложнения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Проведение дыхательных тестов с интерпретацией данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 6. Заболевания кишечника. Хронические колиты, энтериты, болезнь Крона, НЯК. Синдром мальабсорбции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пороки развития кишечника. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронические колиты у детей. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- СРК. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронические энтериты у детей. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронические воспалительные заболевания кишечника (Болезнь Крона, НЯК). Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

- Синдром мальабсорбции. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Синдром короткой кишки. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Антибиотик – ассоциированная диарея. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Нарушение микробиоты кишечника. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Лечебное питание.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Интерпретация копрограммы
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) колоноскопии с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Проведение дыхательных тестов с интерпретацией данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 7. Болезни печени. Гепатит, цирроз, портальная гипертензия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Острый и хронический гепатит у детей. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

- Реактивный гепатит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Синдром гепатомегалии. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Аутоиммунный гепатит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Цирроз печени. Портальная гипертензия. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Интерпретация копрограммы, биохимического анализа крови, маркеров гепатита, проиограммы, коагулограммы.
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) эластометрию с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости(печени, желчного пузыря) при проведение дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 8. Патология желчевыводящих путей. Дискинезия, дисхолия, холециститы, ЖКБ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пороки развития ЖП и желчных протоков. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Острый холецистит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронический некалькулезный холецистит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

- Желчнокаменная болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Холангит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- ДЖВП. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Интерпретация копрограммы, биохимического анализа крови, маркеров гепатита, протеинограммы, коагулограммы.
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости(печени, желчного пузыря) при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) КТ, МРТ органов брюшной полости(печени, желчного пузыря) при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 9.Болезни поджелудочной железы. Панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пороки развития поджелудочной железы. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Врожденные заболевания поджелудочной железы. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Острый панкреатит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Хронический панкреатит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
- Муковисцидоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Охарактеризовать морфологические изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Назначить план лабораторно-инструментального обследования
- Интерпретация копрограммы, биохимического анализа крови, маркеров гепатита, протеинограммы, коагулограммы.
- Проводить (присутствовать) ФГДС с биопсией с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) УЗИ органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы) при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Проводить (присутствовать) КТ, МРТ органов брюшной полости (печени, желчного пузыря) при проведении дифференциальной диагностики с интерпретацией полученных данных.
- Назначить необходимое лечение, направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Раздел 4. Нефрология.

Тема 1.Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы возрастном аспекте.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Стадии почечного развития. Скелетопия почек у детей в возрастном аспекте.
- Анатомия почек. Особенности строения почек у детей. Структура почечной ткани.
- Почечная физиология в возрастном аспекте. Роль почек в регуляции равновесия кислот и оснований.
- Оценка суточного количества мочи и числа мочеиспусканий в разные возрастные периоды.
- Особенности функции почек у детей.
- Семиотика поражений почек у детей. Основные симптомы и синдромы.
- Особенности осмотра детей при патологии почек и МВП.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Правила сбора и хранения мочи.
- Осмотр детей с патологией почек и МВП.

- Назначить план обследования.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 2. Методы исследования в нефрологии.

Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Диагностическая оценка мочи (цвет, прозрачность, запах, реакция, плотность, белок, сахар, микроскопия мочи, бактериурия). Правила сбора и хранения мочи .
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Количественные методы оценки мочи. Проба Аддиса – Каковского, проба Амбурже, Проба по Нечипоренко.
- Бактериологическое исследование мочи. Правила сбора.
- Функциональные исследования почек. Исследование клубочковой фильтрации. Исследование функции проксимальных канальцев. Исследование концентрационной функции почек. Исследование функции дистальных канальцев.
- Рентгенологические методы диагностики.
- Экскреторная урография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Микционная цистоуретрография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Ретроградная пиелография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Почечная ангиография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Радиоизотопные методы диагностики. Радиоизотопная ренография. Динамическая сцинтиграфия. Статическая сцинтиграфия почек. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Инструментальные методы диагностики. УЗИ. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Эндоскопические методы. Цистоскопия. Пункционная биопсия. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Диагностическая оценка мочи (цвет, прозрачность, запах, реакция, плотность, белок, сахар, микроскопия мочи, бактериурия). Правила сбора и хранения мочи .
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Количественные методы оценки мочи. Проба Аддиса – Каковского, проба Амбурже, Проба по Нечипоренко.
- Бактериологическое исследование мочи. Правила сбора.

- Функциональные исследования почек. Исследование клубочковой фильтрации. Исследование функции проксимальных канальцев. Исследование концентрационной функции почек. Исследование функции дистальных канальцев.
- Рентгенологические методы диагностики.
- Экскреторная урография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Микционная цистоуретрография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Ретроградная пиелография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Почечная ангиография. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Радиоизотопные методы диагностики. Радиоизотопная ренография. Динамическая сцинтиграфия. Статическая сцинтиграфия почек. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Инструментальные методы диагностики. УЗД. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.
- Эндоскопические методы. Цистоскопия. Пункционная биопсия. Методика проведения. Показания. Противопоказания. Интерпретация.

Тема 3. Гломерулонефриты (острые и хронические). Этиология, патогенез, классификация, Клинические типы и варианты течения, осложнения острого и хронического гломерулонефритов. Дифференциальная диагностика. Лечение острого и хронического гломерулонефритов и их осложнений. Профилактика, диспансеризация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Острый и хронический гломерулонефрит. Этиология. Предрасполагающие и провоцирующие факторы. Особенности патогенеза. Классификация, морфологические варианты.
- Острый постстрептококковый гломерулонефрит.
- Клинические типы и варианты течения.
- Диагностика острого гломерулонефрита. План обследования ребенка.
- Диагностика хронического гломерулонефрита. План обследования ребенка.
- Показания для биопсии при остром постстрептококковом гломерулонефрите.
- Дифференциальная диагностика гломерулонефрита
- Гломерулонефрит при системных заболеваниях.
- План лечения детей с острым и хроническим гломерулонефритом.
- Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация,

измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),

- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 4. Пиелонефриты. Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Этиологические факторы. Патогенез.
- Морфологические варианты пиелонефрита.
- Классификация пиелонефрита у детей.
- Клинические признаки пиелонефрита. Возрастные особенности клинической картины в грудном возрасте.
- Варианты течения и осложнения пиелонефрита у детей.
- Диагностические критерии пиелонефрита у детей в разных возрастных группах.
- План обследования больного с пиелонефритом. Лабораторно-инструментальная диагностика пиелонефрита.
- Рентгенологические признаки пиелонефрита.
- Дифференциальная диагностика пиелонефрита.
- Дифференциальная диагностика при различных вариантах синдромов у детей, больных пиелонефритом.
- Принципы терапии пиелонефрита. Подбор антибактериальной терапии.
- Осложнения пиелонефрита.

- Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
 - Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
 - Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
 - Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.
 - Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
 - Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
 - Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
 - Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
 - Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
 - Лечебное питание.

Тема 5. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Этиологические факторы. Патогенез.
- Классификация амилоидоза у детей. Группа риска детей по развитию амилоидоза.
- Клинические признаки амилоидоза. Возрастные особенности клинической картины в разные возрастные периоды.
- Варианты течения и осложнения амилоидоза у детей.
- Диагностические критерии амилоидоза у детей в разных возрастных группах, выявление групп риска.
- План обследования больного с подозрением на амилоидоз. Лабораторно-инструментальная диагностика амилоидоза. Роль генетического исследования в постановке диагноза.
- Дифференциальная диагностика амилоидоза.

- Дифференциальная диагностика при различных вариантах синдромов у детей, больных амилоидозом.
- Принципы терапии амилоидоза.
- Осложнения амилоидоза.
- Профилактика амилоидоза.
- Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией, с выявлением группы риска.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 6. Поражение почек при обменных нарушениях. Патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Этиологические факторы. Предрасполагающие факторы. Патогенез.
- Классификация обменной нефропатии у детей. Группа риска детей по развитию обменной нефропатии у детей.
- Клинические признаки обменной нефропатии у детей, в зависимости от формы. Возрастные особенности клинической картины в разные возрастные периоды.

- Варианты течения и осложнения обменной нефропатии у детей.
- Диагностические критерии обменной нефропатии у детей в разных возрастных группах, выявление групп риска.
- План обследования больного с подозрением на обменную нефропатию. Лабораторно-инструментальная диагностика обменной нефропатии.
- Дифференциальная диагностика обменной нефропатии у детей.
- Принципы терапии обменной нефропатии у детей с коррекцией питания.
- Осложнения обменной нефропатии.
- Профилактика и диспансерное наблюдение при дисметаболической нефропатии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи и мочевого осадка, биохимического анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 7. ОПН, ХПН. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Этиология (преренальные, ренальные, постренальные факторы). Предрасполагающие факторы. Гистологическая структура в различных возрастных группах.

- Патогенез острой/хронической почечной недостаточности у детей.
Классификация острой/хронической почечной недостаточности у детей.
- Группа риска детей по острой/хронической почечной недостаточности у детей.
- Клинические признаки острой/хронической почечной недостаточности у детей (стадии течение).
- Возрастные особенности клинической картины в разные возрастные периоды.
- Варианты течения и осложнения острой/хронической почечной недостаточности у детей.
- Диагностические критерии острой/хронической почечной недостаточности у детей в разных возрастных группах, выявление групп риска.
- План обследования больного с подозрением на острой/хронической почечной недостаточности у детей
- Лабораторно- инструментальная диагностика острой/хронической почечной недостаточности у детей.
- Дифференциальная диагностика острой/хронической почечной недостаточности у детей.
- Принципы терапии острой/хронической почечной недостаточности в зависимости от стадии и степени течения. Показания к гемодиализу.
- Осложнения острой/хронической почечной недостаточности у детей в зависимости от причины.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми острой/хронической почечной недостаточностью.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;

- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Тема 8. Тубулопатии (рахитоподобные заболевания, почечный несахарный диабет, почечная глюкозурия. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез тубулопатии у детей.
- Классификация тубулопатии у детей по локализации дефекта, в зависимости от ведущего синдрома.
- Группа риска детей по развитию тубулопатии у детей.
- Клинические признаки тубулопатии у детей. Возрастные особенности клинической картины в разные возрастные периоды. Поражение скелета при тубулопатии
- Варианты течения и осложнения тубулопатии у детей.
- Диагностические критерии тубулопатии у детей в разных возрастных группах, выявление групп риска.
- План обследования больного с подозрением на тубулопатию.
- Лабораторно- инструментальная диагностика тубулопатии.
- Дифференциальная диагностика тубулопатии у детей.
- Принципы терапии тубулопатии у детей в зависимости от вида и уровня поражения.
- Осложнения тубулопатии у детей в зависимости от причины.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с тубулопатией.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с почечной патологией
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови, оценка общего анализа мочи, моча по Нечипоренко, по Зимницкому, проба Реберга.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ почек и МВП.

- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных микционной цистографии.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных внутривенной урографии.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.
- Лечебное питание.

Раздел 5. Гематология.

Тема 1.Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы и системы гемостаза возрастном аспекте

Собеседование по контрольным вопросам.

- Стадии развития системы кроветворения.
- Форменные элементы периферической крови.
- Органы кроветворения в разные этапы развития ребенка.
- Гемопоз. Этапы формирования. Гемостаз, звенья гемостаза, факторы свертывания (тромбоцитарные, плазменные). Свертывающая и противосвертывающая системы. Внешний и внутренний путь.
- Семиотика поражений органов кроветворения у детей. Основные симптомы и синдромы.
- Семиотика поражений системы гемостаза у детей. Основные симптомы и синдромы
- Особенности осмотра детей при патологии кроветворной системы у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией кроветворной системы
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, оценка характера геморрагической сыпи и т.п.),
- Особенности осмотра детей с патологией кроветворной системы и системы гемостаза
- Назначить план обследования. Правила сбора общего анализа крови и коагулограммы.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 2. Проведение и интерпретация методов исследования в гематологии. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Морфологические методы: цитологические, гистологические исследования.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флюориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией системы кроветворения и гемостаза.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, провести диф. диагностику геморрагической сыпи и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клиничко-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флюориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 3. Анемии. Железодефицитные анемии. В-12 - фолиеводефицитные анемии. Гемолитические анемии. Классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Развернутая классификация анемий у детей. Факторы риска развития.
- Этиопатогенез дефицитных анемий у детей (железодефицитная, В12-фолиеводефицитная анемия).
- Клинические проявления дефицитных анемий у детей (железодефицитная, В12-фолиеводефицитная анемия). Особенности клинического течения в разные возрастные группы.
- План обследования больного с подозрением на дефицитную анемию.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей.
- Дифференциальная диагностика дефицитных анемий у детей.
- Принципы терапии дефицитных анемий в зависимости от вида, степени.
- Осложнения дефицитных анемий у детей в зависимости от причины.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с дефицитной анемией.
- Определение. Развернутая классификация гемолитической анемии у детей. Факторы риска развития. Этиопатогенез гемолитической анемии у детей
- Клинические проявления гемолитической анемии у детей. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды.
- План обследования больного с подозрением на гемолитическую анемию.

- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с гемолитической анемией.
- Дифференциальная диагностика гемолитической анемии у детей.
- Принципы терапии гемолитической анемии в зависимости от вида, степени.
- Осложнения гемолитической анемии у детей в зависимости от причины.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с анемией.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией системы кроветворения и гемостаза.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, провести диф. диагностику геморрагической сыпи и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови с микроэлементами.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флюориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;

- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 4. Гемобластозы. Острые и хронические лейкозы. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Развернутая классификация лейкоза у детей. Факторы риска развития.
- Этиопатогенез лейкоза у детей. Клинические проявления лейкоза у детей в зависимости от вида, степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды.
- План обследования больного с подозрением на лейкоз.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с лейкозом.
- Дифференциальная диагностика острого и хронического лейкоза и его форм у детей, дифференциальная диагностика лейкоза с другими заболеваниями крови.
- Принципы терапии лейкоза в зависимости от вида, с подбором протокола лечения. Химиотерапия.
- Осложнения лейкоза у детей.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с лейкозом.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией системы кроветворения и гемостаза.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, провести диф. диагностику геморрагической сыпи и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови с микроэлементами.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флуориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.
- Проведение люмбальной пункции при подозрении на нейрорлейкоз с интерпретацией полученных данных.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 5. Геморрагические диатезы. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение. Развернутая классификация геморрагических диатезов у детей. Факторы риска развития.
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления у детей в зависимости от степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды. Особенности геморрагической сыпи при ИТП.
- План обследования больного с подозрением на ИТП.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с ИТП.
- Принципы терапии ИТП в зависимости от вида и степени тяжести.
- Гемофилия. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления у детей в зависимости от степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды. Особенности геморрагической сыпи при гемофилии.
- План обследования больного с подозрением на гемофилию.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с гемофилией.
- Принципы терапии гемофилии в зависимости от вида и степени тяжести.

- Геморрагический васкулит (ГВ). Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления у детей в зависимости от степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды. Особенности геморрагической сыпи при ГВ.
- План обследования больного с подозрением на ГВ.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с ГВ.
- Принципы терапии ГВ в зависимости от вида и степени тяжести.
- Дифференциальная диагностика геморрагических диатезов у детей, дифференциальная диагностика геморрагических диатезов с другими заболеваниями крови.
- Неотложная помощь при геморрагическом синдроме.
- Осложнения геморрагических диатезов у детей.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическим диатезом.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией системы кроветворения и гемостаза.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, провести диф. диагностику геморрагической сыпи и т.п.),
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови с микроэлементами.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флюориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 6. Лимфопролиферативные заболевания: лимфогранулематоз, лимфосаркома. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Лимфогранулематоз. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления у детей в зависимости от степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды.
- План обследования больного с подозрением на лимфогранулематоз.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с лимфогранулематозом.
- Принципы терапии лимфогранулематоза в зависимости от вида и степени тяжести. С подбором химиотерапевтического лечения по показаниям.
- Лимфосаркома. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления у детей в зависимости от степени тяжести. Особенности клинического течения в разные возрастные периоды.
- План обследования больного с подозрением на лимфосаркому.
- Лабораторно-инструментальные диагностические критерии постановки диагноза у детей с лимфосаркомой.
- Принципы терапии лимфосаркомы в зависимости от вида и степени тяжести. С подбором химиотерапевтического лечения по показаниям.
- Дифференциальная диагностика лимфопролиферативных заболеваний у детей.
- Осложнения лимфопролиферативных заболеваний у детей.
- Профилактика и диспансерное наблюдение за детьми с лимфопролиферативными заболеваниями.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией системы кроветворения и гемостаза, в т.ч. с лимфопролиферативными заболеваниями.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация,

измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, провести диф. диагностику геморрагической сыпи, характера лимфатических узлов и т.п.),

- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценить показатели коагулограммы, общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови с микроэлементами.
- Цитологические - общий анализ крови с подсчетом форменных элементов (эритроцитарные индексы, тромбоцитарные индексы, лейкоцитарная формула,)
- Миелограмма с оценкой функционирования ростков кроветворения.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитохимические методы исследования костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Гистологическое исследование костного мозга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Иммунологические методы – иммунофенотипирование (проточная флуориметрия, иммуногистохимия). Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Цитогенетические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Молекулярно – биологические методы. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена и коагуляционного звена гемостаза, лабораторные тесты. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией данных.
- Рентгенография трубчатых костей и грудной клетки. Показания к исследованию.
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов. Показания к проведению.
- Участвовать (присутствовать) в проведении и интерпретация данных УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.
- Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;
- Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Раздел 6. Эндокринология.

Тема 1.Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей

Собеседование по контрольным вопросам.

- Классификация эндокринных желез по происхождению.
- Эмбриональные источники органов эндокринной системы. Стадии развития эндокринной системы.

- Анатомия и топография эндокринных желез эктодермального происхождения (гипофиз, эпифиз, мозговое вещество надпочечников, параганглии).
- Анатомия и топография эндокринных желез энтодермального происхождения (щитовидная, паращитовидная железа, эндокринная часть поджелудочной железы).
- Анатомия и топография эндокринных желез мезодермального происхождения (интерреналовая система, корковое вещество надпочечников, интерстициальные клетки половых желез).
- Основные функции эндокринных желез (гипоталамус, гипофиз, шишковидное тело, щитовидная железа, паращитовидные железы, надпочечники, островковый аппарат поджелудочной железы, яички и яичники). Синтез, регуляция и функции гормонов.
- Синдромы поражений и заболевания органов эндокринной системы. оценка физического и полового развития ребенка в разных возрастных группах.
- Особенности и сбора анамнеза у детей с эндокринной патологией.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка
- Дать оценку правильно ли проходит рост и развитие ребенка;
- Определить наличие грубых особенностей физического развития.
- Отличить особенности, присущие растущему организму, от любых отклонений;
- Оценка роста, ожирения
- Определение пропорций тела
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Особенности сбора анамнеза у детей с патологией эндокринной системы.
- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, оценка вторичных половых признаков).
- Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинко-анатомической конференции и т.д.;

Тема 2. Проведение и интерпретация методов исследования в эндокринологии. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования

Собеседование по контрольным вопросам.

- Семиотика синдромов, встречающихся при заболеваниях эндокринной системы у детей.
- Синдромы поражений эндокринной системы
- Особенности сбора жалоб и анамнеза у детей с эндокринной патологией и их родственников.

- Собрать анамнез и определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, оценка вторичных половых признаков).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы.
- Оценка физического и полового развития детей.
- Провести клиническое обследование ребенка
- Дать оценку правильно ли проходит рост и развитие ребенка;
- Определить наличие грубых особенностей физического развития.
- Отличить особенности, присущие растущему организму, от любых отклонений;
- Оценка роста, жировоголожения
- Определение пропорций тела
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинко-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен).
- Оценка гормонального фона. Особенности и время сдачи гормонов с учетом выявленной патологии.
- Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Ультразвуковое исследование. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Ультразвуковое исследование с доплерографией. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Тонкоигольная пункционная биопсия. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Изотопная сцинтиграфия. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Иммуноферментный или радиоиммунный анализ. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Рентгенологический метод. Определение костного возраста по рентгенограммам кистей. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Рентгенологические методы исследования

- Компьютерная томография. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- МРТ. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Составить генеалогическое древо.
- Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы. Оценка физического и полового развития детей.
- Выявлять жалобы и собрать анамнез у родителей и ребенка
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Дать оценку правильно ли проходит рост и развитие ребенка;
- Определить наличие грубых особенностей физического развития.
- Оценка роста, ожирения. Определение пропорций тела
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинко-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен).
- Оценка гормонального фона. Особенности и время сдачи гормонов с учетом выявленной патологии.
- Ультразвуковое исследование. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Ультразвуковое исследование с доплерографией. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Тонкоигольная пункционная биопсия. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Изотопная сцинтиграфия. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.

- Иммуноферментный или радиоиммунный анализ. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Рентгенологический метод. Определение костного возраста по рентгенограммам кистей. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Рентгенологические методы исследования
- Компьютерная томография. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- МРТ. Показания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 3. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клинические формы, степени тяжести. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Особенности сбора жалоб и анамнеза у детей с подозрением на сахарный диабет.
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с подозрением на сахарный диабет.
- Этиология. Патогенез. Классификация сахарного диабета у детей.
- Семиотика синдромов, встречающихся при сахарном диабете у детей.
- Клиническая картина сахарного диабета у детей. Оценка степени тяжести СД у детей.
- План обследования детей с подозрением на сахарный диабет.
- Лабораторно-инструментальная диагностика сахарного диабета у детей, интерпретация полученных результатов. Пример формулировки диагноза.
- Лечение сахарного диабета у детей. Особенности инсулинотерапии. Инсулиновая помпа. Диетотерапия.
- Гипогликемическая кома. Этиология. Патогенез. Клинико – лабораторная характеристика. Неотложная помощь.
- Гипергликемическая кома. Этиология. Патогенез. Клинико – лабораторная характеристика. Неотложная помощь.
- Прогноз и диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом.
- Дифференциальный диагноз сахарного диабета.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Составить генеалогическое древо.

- Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы. Оценка физического и полового развития детей.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Определить наличие грубых особенностей физического развития. Оценка роста, ожирения. Определение пропорций тела
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинко-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен).
- Проведение глюкометрии с использованием глюкометра с интерпретацией полученных данных.
- Правила оказания неотложной помощи при гипо - гипергликемической коме у детей.
- Подбор доз при инсулинотерапии.
- Расчет инфузионной терапии.
- Оценка полученных лабораторно – инструментальных данных.
- Показания, противопоказания, методика установления инсулиновой помпы.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 4. Болезни щитовидной железы.

Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация.

Гипотиреозы. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация

Собеседование по контрольным вопросам.

- По каким критериям оценивается тяжесть йододефицита в регионе?

- Классификация заболеваний щитовидной железы у детей.
- Этиология, патогенез, клиника гипотиреоза у детей.
- Диагностика гипотиреоза у детей. Оценка гормонального статуса и функционального состояния щитовидной железы.
- Врожденный гипотиреоз.
- Приобретенный первичный гипотиреоз.
- Приобретенный вторичный гипотиреоз.
- Лечение гипотиреоза у детей. Особенности подбора гормональной терапии.
- Этиология, патогенез, клиника болезни Грейвса.
- Клиника и диагностика гипертиреоза.
- Лечение болезни Грейвса (диффузного токсического зоба). Особенности подбора гормональной терапии.
- Ультразвуковое исследование. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Ультразвуковое исследование с доплерографией. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Тонкоигольная пункционная биопсия. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Определение концентрации гормонов щитовидной железы в сыворотке крови с оценкой полученных данных.
- Изотопная сцинтиграфия. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Иммуноферментный или радиоиммунный анализ. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Рентгенологический метод. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Прогноз и диспансерное наблюдение за детьми с патологией щитовидной железы.
- Дифференциальный диагноз заболеваний щитовидной железы у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Составить генеалогическое древо.
- Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы. Оценка физического и полового развития детей.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Определить наличие грубых особенностей физического развития. Оценка роста, ожирения. Определение пропорций тела
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;

- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), гормонального статуса (гормоны щитовидной железы).
- Участие в проведении и оценка полученных инструментальных данных.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 5. Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Особенности сбора жалоб и анамнеза у детей с ожирением.
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ожирением.
- Этиология. Патогенез. Классификация ожирения у детей.
- Семиотика синдромов, встречающихся при ожирении у детей.
- Клиническая картина ожирения у детей. Оценка степени тяжести ожирения у детей.
- План обследования детей с ожирением.
- Лабораторно-инструментальная диагностика детей с ожирением и интерпретация полученных результатов. Пример формулировки диагноза.
- Лечение ожирения у детей. Диетотерапия.
- Прогноз, реабилитация и диспансерное наблюдение за детьми с ожирением.
- Дифференциальный диагноз различных форм ожирения у детей.
- Осложнения ожирения у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Составить генеалогическое древо.

- Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы. Оценка физического и полового развития детей.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Определить наличие грубых особенностей физического развития. Оценка роста, ожирения. Определение пропорций тела.
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), гормонального статуса.
- Участие в проведении и оценка полученных инструментальных данных.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 6.Болезни системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники.

Болезнь Иценко-Кушинга. Акромегалия. Феохромоцитома. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Классификация заболеваний системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники.
- Этиология, патогенез, клиника болезни Иценко - Кушинга у детей.
- Лабораторно – инструментальная диагностика болезни Иценко - Кушинга у детей. Оценка гормонального статуса и функционального состояния органов эндокринной системы.
- Лечение болезни Иценко - Кушинга у детей.
- Акромегалия у детей. Этиология, патогенез, клинические проявления.
- Лабораторно – инструментальная диагностика детей с акромегалией. Оценка гормонального статуса и функционального состояния органов эндокринной системы.
- Лечение акромегалии у детей. Особенности подбора гормональной терапии.

- Феохромоцитома. Этиология, патогенез, клиника у детей. Лабораторно – инструментальная диагностика детей с акромегалией. Оценка гормонального статуса и функционального состояния органов эндокринной системы.
- Лечение феохромоцитомы у детей. Особенности подбора гормональной терапии.
- Гипофункция надпочечников. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
- Лабораторно – инструментальная диагностика детей с гипофункцией надпочечников. Оценка гормонального статуса и функционального состояния органов эндокринной системы.
- Лечение гипофункции надпочечников у детей. Особенности подбора гормональной терапии.
- Ультразвуковое исследование. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Ультразвуковое исследование с доплерографией. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Тонкоигольная пункционная биопсия. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Определение концентрации гормонов в сыворотке крови с оценкой полученных данных.
- Изотопная сцинтиграфия. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Иммуноферментный или радиоиммунный анализ. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Рентгенологический метод. Показания. Противопоказания. Методика проведения с интерпретацией полученных данных.
- Прогноз и диспансерное наблюдение, реабилитация.
- Дифференциальный диагноз у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Составить генеалогическое древо.
- Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с патологией эндокринной системы. Оценка физического и полового развития детей.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов эндокринной системы.
- Определить наличие грубых особенностей физического развития. Оценка роста, жировотложения. Определение пропорций тела.
- Оценка выраженности вторичных половых признаков. Определить проблемы, связанные с половым созреванием;
- Выявить патологии, вызванные гормональными нарушениями;

- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования. Правила сбора анализа крови.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), гормонального статуса.
- Участие в проведении и оценка полученных инструментальных данных.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Раздел 7. Реанимация и интенсивная терапия.

Тема 1. Острая сердечная недостаточность. Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности. Основные принципы интенсивной терапии.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Основные показатели работы сердечно-сосудистой системы - СВ, МОК, УО. Закон Старлинга.
- Сократительная способность миокарда. Регуляция преднагрузки, регуляция постнагрузки, регуляция сократительной способности миокарда.
- Этиология и патогенез острой сердечной недостаточности (ОСН).
- Классификация острой сердечной недостаточности. Правожелудочковая сердечная недостаточность. Левожелудочковая недостаточность.
- Клинические симптомы и особенности ОСН у детей. Особенности клинических проявлений в зависимости от формы.
- Лабораторно – инструментальная диагностика ОСН.
- ЭКГ, ЭХОКГ, Доплеркадиография, УЗИ внутренних органов, Рентгенография органов грудной клетки.
- Лечение ОСН. Принципы терапии.
- Неотложная помощь при развитии острой сердечной недостаточности у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОСН.

- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация с оценкой сердечных шумов и тонов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен).
- Участие в проведении ЭКГ, ЭХОКГ, Доплерокардиография, УЗИ внутренних органов, Рентгенография органов грудной клетки. Интерпретация полученных данных.
- Составить план лечения больным с ОСН.
- Неотложная помощь при развитии острой сердечной недостаточности у детей с учетом возрастных особенностей.
- Направить на обследование и лечение к профильным специалистам при обнаружении патологии.

Тема 2. Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия. Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса

Собеседование по контрольным вопросам.

- Основные показатели работы дыхательной системы. Функциональные пробы.
- Заболевания, приводящие к развитию острой дыхательной недостаточности (ОДН) у детей.
- Этиология и патогенез острой дыхательной недостаточности (ОДН).
- Классификация ОДН. Обструктивная дыхательная недостаточность. Рестриктивная дыхательная недостаточность. Смешанная дыхательная недостаточность.
- Клинические симптомы и особенности ОДН у детей. Особенности клинических проявлений в зависимости от формы и возраста.
- Лабораторно – инструментальная диагностика ОДН.
- Ларингоскопия. Фарингоскопия. ЭКГ. ЭХОКГ. Спирометрия. Пикфлоуметрия. Бронхоскопия. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Лечение ОДН. Принципы терапии. Оксигенотерапия при ОДН. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Дифференциальная диагностика заболеваний, приводящих к развитию ОДН у детей с подбором плана интенсивной терапии.
- Неотложная помощь при развитии острой дыхательной недостаточности у детей.

- Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
- Неотложная помощь при астматическом статусе.
- Неотложная помощь при аспирационном синдроме.
- Неотложная помощь при остром стенозирующем ларинготрахеите.
- Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме у детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОСН.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), функциональных проб.
- Участие в проведении инструментальных методов - Ларингоскопия. Фарингоскопия. ЭКГ. ЭХОКГ. Спирометрия. Пикфлоуметрия. Бронхоскопия. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Составить план лечения больным с ОДН.
- Неотложная помощь при развитии острой дыхательной недостаточности у детей с учетом возрастных особенностей.
- Методика проведения сердечно – легочной реанимации.
- Приемы Геймлиха при попадании инородного тела в дыхательные пути.
- Проведение оксигенотерапии.
- Показания перевода ребенка на ИВЛ.

Тема 3. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо - физиологические особенности дыхательной системы у детей в возрастном аспекте.
- Основные причины возникновения кровохарканья и легочного кровотечения у детей
- Основные факторы патогенеза легочных кровотечений
- Клинические проявления легочного кровотечения у детей, выявление группы риска по развитию легочного кровотечения.
- Диагностика легочного кровотечения.
- Лаборно - инструментальные методы исследования с интерпретацией полученных данных. Показания к проведению бронхоскопии и ангиографии.
- Дифференциальная диагностика легочного кровотечения и кровотечений из желудка, миндалин, десен, носа, глотки, пищевода.
- Неотложная помощь при наличии легочного кровотечения у детей.
- Тактика при массивном кровотечении
- Алгоритм лечения детей с легочным кровотечением, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОСН.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, функциональных проб.
- Участие в проведении инструментальных методов - Ларингоскопия. Фарингоскопия. ЭКГ. ЭХОКГ. Бронхоскопия. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки.

Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.

- Составить план лечения больным с легочным кровотечением
- Неотложная помощь при легочном кровотечении у детей с учетом возрастных особенностей.
- Проведение оксигенотерапии.
- Показания для перевода ребенка на ИВЛ.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Тема 4. Пневмоторакс. Классификация, этиология, патогенез спонтанного пневмоторакса, клиника, осложнения. Интенсивная терапия и реанимация.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо - физиологические особенности дыхательной системы у детей в возрастном аспекте.
- Пневмоторакс. Определение. Основные причины возникновения пневмоторакса у детей. Основные факторы патогенеза пневмоторакса. Классификация пневмоторакса.
- Клинические проявления пневмоторакса у детей, выявление группы риска. Особенности жалоб и физикальных изменений при пневмотораксе.
- Диагностика пневмоторакса у детей.
- Лаборно - инструментальные методы исследования с интерпретацией полученных данных. Показания к проведению рентгенографии, компьютерной томографии, бронхоскопии и видеоторакоскопии.
- Показания к проведению и методика проведения плевральной пункции с интерпретацией. Осложнения пункции плевры.
- Дифференциальная диагностика пневмоторакса.
- Неотложная помощь при наличии пневмоторакса у детей.
- Алгоритм лечения детей с пневмотораксом, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.
- Интенсивная терапия и реанимация.
- Показания к хирургическому методу лечения.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, пульсоксиметрия).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков). Особенности осмотра детей с пневмотораксом.

- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов и проводимости дыхания.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, функциональных проб.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. Бронхоскопия. УЗИ внутренних органов (легких и плевральных полостей). Рентгенография органов грудной клетки. КТ. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Плевральная пункция. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Осложнения.
- Составить план лечения больным с пневмотораксом.
- Неотложная помощь при пневмотораксе у детей с учетом возрастных особенностей, вида и клинических проявлений. Интенсивная терапия и реанимация.
- Проведение оксигенотерапии.
- Показания перевода ребенка на ИВЛ.

Тема 5. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо - физиологические особенности желудочно – кишечного тракта у детей в возрастном аспекте.
- Классификация ЖКК кровотечений в зависимости от уровня локализации источника кровотечения;
- Клинико-лабораторные проявления ЖКК в детском возрасте с неустановленным источником
- Основные причины возникновения гастродуоденальных и кишечных у детей.
- Основные факторы патогенеза гастродуоденальных и кишечных кровотечений.
- Перечень заболеваний, проявляющихся ЖКК;
- Клинические проявления гастродуоденальных и кишечных у детей, выявление группы риска.
- Диагностика и дифференциальная диагностика ЖКК в зависимости от возраста;
- Диагностическая ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализ гемограмм, серологических, иммунологических, биохимических, морфологических, генетических исследований, копрограммы,

эндоскопических и лучевых методов диагностики). Интерпретация полученных данных.

- Показания к проведению ФГДС, колоноскопии.
- Дифференциальная диагностика кровотечений из желудка, миндалин, десен, носа, глотки, пищевода.
- Неотложная помощь при наличии ЖКК у детей.
- Тактика при массивном кровотечении.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.
- Алгоритм лечения детей с ЖКК кровотечением, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, пульсоксиметрия).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ЖКК.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов ЖКТ.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, копрограммы, функциональных проб.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оценивать данные исследований генетических исследований, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноилеоскопии, двухбаллонной энтероскопии, капсульной энтеро и колоноскопии);
- Составить план лечения больным с легочным кровотечением.
- Неотложная помощь при ЖКК у детей с учетом возрастных особенностей.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

- Оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;
- Ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;
- Определять тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;
- Назначать лечение, в том числе диетотерапию;
- Составлять план диспансерного наблюдения и реабилитации.

Тема 6. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо - физиологические особенности желудочно – кишечного тракта у детей в возрастном аспекте.
- Классификация прободной язвы желудка и ДПК в зависимости от уровня локализации и причины возникновения;
- Клинико-лабораторные проявления прободной язвы желудка и ДПК в детском возрасте с неустановленным источником
- Основные причины возникновения прободной язвы желудка и ДПК у детей.
- Основные факторы патогенеза прободной язвы желудка и ДПК у детей.
- Перечень заболеваний, приводящих к развитию прободной язвы желудка и ДПК у детей;
- Клинические проявления в зависимости от локализации, выявление группы риска.
- Абдоминальный сепсис и септический шок. Клинические проявления.
- Диагностика и дифференциальная диагностика прободной язвы желудка и ДПК у детей в зависимости от возраста;
- Диагностическая ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализ гемограмм, серологических, иммунологических, биохимических, морфологических, генетических исследований, копрограммы, эндоскопических и лучевых методов диагностики). Интерпретация полученных данных.
- Показания к проведению ФГДС, колоноскопии, рентгенографии брюшной полости, КТ. Методика проведения с оценкой полученных данных.
- Диагностическая лапароскопия. Показания. Методика проведения.
- Неотложная помощь при наличии прободной язвы у детей.
- Алгоритм лечения детей с прободной язвой желудка и ДПК с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания. Показания к хирургическому лечению.
- Интенсивная терапия при прободной язве желудка и ДПК у детей.
- Определение группы крови и резус - фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, пульсоксиметрия).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с прободной язвой желудка и ДПК.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация органов ЖКТ.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, копрограммы, функциональных проб.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов, ЖКТ. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Диагностическая лапароскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оценивать данные исследований генетических исследований, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноилеоскопии, двухбаллонной энтероскопии, капсульной энтеро и колоноскопии);
- Составить план лечения больным с прободной язвой желудка и ДПК.
- Неотложная помощь при прободной язве желудка и ДПК с учетом возрастных особенностей.
- Оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;
- Ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;
- Определить тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;
- Назначать лечение, в том числе диетотерапию;
- Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Тема 7. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомия и физиология поджелудочной железы. Особенности строения поджелудочной железы у детей в возрастном аспекте.
- Определение понятия, этиология и патогенез острого панкреатита у детей.
- Клиническая картина острого панкреатита. Особенности жалоб и физикальных изменений при остром панкреатите. Выявление группы риска.
- Критерии тяжести острого панкреатита.
- Классификация острого панкреатита.
- Методы диагностики острого панкреатита. Лаборно - инструментальные методы исследования с интерпретацией полученных данных. Показания к проведению рентгенографии, компьютерной томографии, ФГДС, УЗИ.
- Дифференциальная диагностика острого панкреатита.
- Местные и системные осложнения острого панкреатита.
- Лечебная тактика при остром панкреатите.
- Методы оперативного лечения острого панкреатита.
- Неотложная помощь при наличии острого панкреатита у детей.
- Алгоритм лечения детей с пневмотораксом, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.
- Интенсивная терапия и реанимация.
- Показания к хирургическому методу лечения.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОСН.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, функциональных проб. Специфическая ферментная диагностика.

- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов, ЖКТ. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оценивать данные исследований генетических исследований, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноилеоскопии, двухбаллонной энтероскопии, капсульной энтеро и колоноскопии);
- Составить план лечения больным с острым панкреатитом.
- Неотложная помощь при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей.
- Оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;
- Ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;
- Определить тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;
- Назначать лечение, в том числе диетотерапию;
- Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.
- Показания к хирургическому лечению.

Тема 8. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез
Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомия и физиология печени. Особенности строения печени у детей в возрастном аспекте.
- Определение понятия, этиология и патогенез острой печеночной недостаточности у детей.
- Клиническая картина острой печеночной недостаточности. Особенности жалоб и физикальных изменений при острой печеночной недостаточности. Выявление группы риска.
- Критерии тяжести острой печеночной недостаточности.
- Классификация острой печеночной недостаточности.
- Методы диагностики острой печеночной недостаточности. Лаборно - инструментальные методы исследования с интерпретацией полученных данных. Показания к проведению рентгенографии, компьютерной томографии, ФГДС, УЗИ, фиброэластометрии.
- Дифференциальная диагностика острой печеночной недостаточности.
- Местные и системные осложнения острой печеночной недостаточности.
- Лечебная тактика при острой печеночной недостаточности.
- Неотложная помощь при наличии острой печеночной недостаточности у детей.
- Алгоритм лечения детей с острой печеночной недостаточностью, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.
- Интенсивная терапия и реанимация острой печеночной недостаточности.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, брюшной полости, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОПН.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, функциональных проб. Специфическая ферментная диагностика.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов, ЖКТ. Фиброэластометрия. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оценивать данные исследований генетических исследований, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноилеоскопии, двухбаллонной энтероскопии, капсульной энтеро и колоноскопии);
- Составить план лечения больным с ОПН.
- Неотложная помощь при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей.
- Оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;
- Ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;
- Определить тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;
- Назначать лечение, в том числе диетотерапию;
- Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Тема 9. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, особенности клиники. Диагностика клиническая, лабораторная. Интенсивная терапия

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомия и физиология почек. Особенности строения почек у детей в возрастном аспекте.
- Определение понятия, этиология и патогенез острой почечной недостаточности (ОПН) у детей.
- Клиническая картина ОПН. Особенности жалоб и физикальных изменений при ОПН. Выявление группы риска.
- Критерии тяжести ОПН.
- Классификация ОПН.
- Методы диагностики ОПН.
- Лаборно - инструментальные методы исследования с интерпретацией полученных данных. Показания к проведению рентгенографии, компьютерной томографии, ФГДС, УЗИ, микционная цистография, внутривенная урография,КТ.
- Дифференциальная диагностика ОПН.
- Местные и системные осложнения ОПН.
- Лечебная тактика при острой почечной недостаточности.
- Неотложная помощь при наличии ОПН у детей.
- Алгоритм лечения детей с ОПН, с учетом этиопатогенетического фактора развития заболевания.
- Интенсивная терапия и реанимация ОПН.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания, пульсоксиметрия).
- Осмотр (общий, грудной клетки, брюшной полости, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей с ОПН.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен), коагулограммы, функциональных проб. Специфическая ферментная диагностика.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов, ЖКТ, микционная цистография, внутривенная урография, КТ.

Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.

- Оценивать данные исследований генетических исследований.
- Составить план лечения больным с ОПП.
- Неотложная помощь при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей.
- Оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;
- Ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;
- Определить тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;
- Назначать лечение, в том числе диетотерапию;
- Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Показания к переливанию крови и методика проведения.

Тема 10. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия и реанимация
Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- Гиперкетонемическая кома. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гиперкетонемической комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с гиперкетонемической комой. Диагностические критерии гиперкетонемической комы.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным, находящимся в гиперкетонемической коме на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гиперкетонемической коме. Критерии эффективности терапии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания.

- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гиперкетонемической комой на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гиперкетонемической комой.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 11. Гипогликемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- Гипогликемическая кома. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гипогликемической комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с гипогликемической комой. Диагностические критерии гипогликемической комы.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным, находящимся в гипогликемической коме на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гипогликемической коме. Критерии эффективности терапии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гипогликемической комой на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гипогликемической комой.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 12. Гиперосмолярная кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- Гиперосмолярная кома. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гиперосмолярной комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.

- Принципы обследования больных с гипогликемической комой. Диагностические критерии гиперосмолярной комы.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным, находящимся в гиперосмолярной коме на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гиперосмолярной коме. Критерии эффективности терапии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гиперосмолярной комой на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гиперосмолярной комой.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 13. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- Гиперлактацидемическая кома. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гиперлактацидемической комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с гиперлактацидемической комой. Диагностические критерии гиперлактацидемической комы.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным, находящимся в гиперлактацидемической коме на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гиперлактацидемической коме. Критерии эффективности терапии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;

- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гиперлактацидемической комой на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гиперлактацидемической комой.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 14. Гипертиреоидный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия

Собеседование по контрольным вопросам.

- Гипертиреоидный криз. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гипертиреоидного криза.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с гиперлактацидемической комой. Диагностические критерии гипертиреоидного криза.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным при гипертиреоидном кризе на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гипертиреоидном кризе. Критерии эффективности терапии.
- Симптоматическая терапия при гипертиреоидном кризе, профилактика повторного эпизода криза.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.

- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия, оценка гормонального профиля.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гипертиреозным кризом на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гипертиреозным кризом.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 15. Гипотиреозная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- Гипотиреозная кома. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гипотиреозной комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с гипотиреозной комой. Диагностические критерии гипотиреозной комы.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным, находящимся в гипотиреозной коме на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при гипотиреозной коме. Критерии эффективности терапии.
- Методы профилактики развития данного состояния.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).

- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания.
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия, гормонального статуса.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным с гипотиреоидной комой на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с гипотиреоидной комой.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 16. Гипокортикоидный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии
Собеседование по контрольным вопросам.

- Гипокортикоидный криз. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию гипокортикоидного криза.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с гиперлактацидемической комой. Диагностические критерии гипокортикоидного криза.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным при гипокортикоидном кризе на догоспитальном и госпитальном этапах.

- Интенсивная терапия при гипокортикоидном кризе. Критерии эффективности терапии.
- Симптоматическая терапия при гипертиреоидном кризе, профилактика повторного эпизода криза.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрии, гормонального профиля.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным при гипокортикоидном кризе на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным при гипокортикоидном кризе.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 17.Феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия
Собеседование по контрольным вопросам.

- Катехоламиновый криз. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию катехоламинового криза.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с катехоламиновым кризом. Диагностические критерии катехоламинового криза.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным при катехоламиновом кризе на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при катехоламиновом кризе. Критерии эффективности терапии.
- Симптоматическая терапия при катехоламиновом кризе, профилактика повторного эпизода криза.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинко-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрии, гормонального профиля.

- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным при катехоламиновом кризе на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным при катехоламиновом кризе.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 18. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии

Собеседование по контрольным вопросам.

- Острая постгеморрагическая анемия. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к острой постгеморрагической анемии.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с острой постгеморрагической анемией. Диагностические критерии постгеморрагической анемии. Оценка уровня ОЦК, шоковый индекс
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным с острой постгеморрагической анемией на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Методы остановки кровотечения.
- Интенсивная терапия при острой постгеморрагической анемии. Критерии эффективности терапии.
- Симптоматическая терапия при острой постгеморрагической анемии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.

- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия, гормонального профиля, шоковый индекс.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным при острой постгеморрагической анемии на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Механические способы остановки кровотечения, наложение жгута, давящей повязки, прижатие кровоточащих сосудов, гемостатической губки, биоклея.
- Определение групповой и резус принадлежности. Переливание крови и кровезаменителей. Определение совместимости крови при переливании.
- Составить план лечения больным при острой постгеморрагической анемии. Подбор гемостатических препаратов, учитывая патогенез заболевания. Восстановление ОЦК. Подбор инфузионной терапии.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 19. Кома при В12-дефицитных анемиях. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия

Собеседование по контрольным вопросам.

- Определение комы. Классификация ком. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Шкала Глазго.
- В12 дефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию комы.
- Клинические проявления. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с В12 дефицитной анемией. Диагностические критерии заболевания, выявление группы риска по развитию коматозного состояния.
- Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
- Принципы оказания неотложной помощи больным на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Интенсивная терапия при развитии коматозного состояния.
- Симптоматическая терапия при развитии коматозного состояния.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания.
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, функциональных проб, глюкометрия, гормонального профиля, шоковый индекс.
- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Составить план лечения больным с В12-дефицитной анемией, с коррекцией при развитии коматозного состояния. Подбор препаратов, учитывая патогенез заболевания. Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 20. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Трансфузионные методы терапии
Собеседование по контрольным вопросам.

- Физиология системы гемостаза. Факторы свертывания крови.
- ДВС синдром. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию ДВС синдрому.

- Клинические проявления. Классификация. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с ДВСС. Диагностические критерии ДВСС. Оценка уровня ОЦК, шоковый индекс.
- Лабораторные признаки ДВСС в зависимости от стадии.
- Диагностические шкалы ДВСС.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным с ДВСС на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Методы остановки кровотечения при ДВСС.
- Основные принципы лечения ДВСС.
- Интенсивная терапия при ДВСС. Критерии эффективности терапии.
- Симптоматическая терапия при ДВСС.
- Осложнения ДВСС.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы,

факторов свертывания, функциональных проб, глюкометрия, гормонального профиля, шоковый индекс.

- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным при ДВСС на догоспитальном и госпитальном этапах.
- Определение групповой и резус принадлежности. Переливание крови и кровезаменителей. Определение совместимости крови при переливании.
- Составить план лечения больным при ДВСС. Подбор гемостатических препаратов, учитывая патогенез заболевания. Восстановление ОЦК. Подбор инфузионной терапии.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Тема 21. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.

Отек Квинке. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.

Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, плазмаферез, гемосорбция.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анафилактический шок. Отек Квинке. Анафилактические реакции. Крапивница. Определение.
- Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию анафилактического шока, анафилактических реакций.
- Клинические проявления. Классификация. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Принципы обследования больных с анафилактическим шоком. Диагностические критерии анафилактического шока. Оценка уровня ОЦК, шоковый индекс.
- Дифференциальная диагностика анафилактического шока и анафилактической реакции.
- Дифференциальная диагностика анафилактического шока с другими состояниями.
- Принципы оказания неотложной помощи больным с анафилактическим шоком на догоспитальном и госпитальном этапах с учетом причинного фактора.
- Интенсивная терапия при анафилактическом шоке и анафилактических реакциях. Критерии эффективности терапии. Осложнения. Причины летального исхода.
- Отек Квинке. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию отека Квинке.
- Клинические проявления. Классификация. Определение степени тяжести. Осложнения. Причины летального исхода.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным с отеком Квинке на догоспитальном и госпитальном этапах с учетом причинного фактора.
- Интенсивная терапия отека Квинке. Критерии эффективности терапии. Осложнения. Причины летального исхода.

- Крапивница. Этиология. Патогенез. Факторы риска (заболевания), приводящие к развитию крапивницы.
- Клинические проявления. Классификация. Определение степени тяжести. Осложнения.
- Принципы обследования больных с крапивницей. Диагностические критерии крапивницы у детей.
- Дифференциальная диагностика.
- Принципы оказания неотложной помощи больным с крапивницей на догоспитальном и госпитальном этапах с учетом причинного фактора.
- Интенсивная терапия при крапивнице. Критерии эффективности терапии. Осложнения. Причины летального исхода.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез у родителей и ребенка. Определить состояние ребенка и подростка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД на руках и ногах, определение характеристик пульса, частоты дыхания).
- Опрос очевидцев: (время дня, когда возникла потеря сознания; место, где произошла потеря сознания; провоцирующий фактор (жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка, сильное чувство холода и др.); исходное положение тела пациента (до потери сознания): стоя, сидя, лежа; крик; цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз); судороги (да, нет); получение травмы при падении; непроизвольное мочеиспускание; длительность потери сознания).
- Осмотр (общий, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей, нарушения роста и пропорций тела, изменение массы тела; состояние кожи, ее цвет и ее придатков, состояние волосяного покрова). Особенности осмотра детей.
- Осмотр с использованием алгоритма ABCDE.
- Оценка состояния по шкале Глазго.
- Провести клиническое обследование ребенка. Пальпация. Перкуссия. Аускультация сердца и легких с определением патологических шумов.
- Четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
- Назначить план обследования.
- Направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
- Оценка общего анализа крови и биохимических показателей (белковый, углеводный, липидный обмен, оценка электролитного состава), коагулограммы, факторов свертывания, функциональных проб, глюкометрия, гормонального профиля, шоковый индекс.

- Участие в проведении инструментальных методов - ЭКГ. ЭХОКГ. УЗИ внутренних органов. Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Оказание неотложной помощи больным при анафилактическом шоке, отеке Квинке, крапивнице на догоспитальном и госпитальном этапах с учетом причинного фактора.
- Проведение сердечно-легочной реанимации с учетом возрастных особенностей. ИВЛ. Интубация трахеи.
- Составить план лечения.
- Критерии эффективности оказанной помощи.

Раздел 8. Неонатология.

Тема 1.Анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного ребенка.

Методы исследования в неонатологии. Клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования

Собеседование по контрольным вопросам.

- Этапы развития плода и новорожденного, периоды внутриутробного развития.
- Период новорожденности. Особенности детей в ранний и поздний периоды новорожденности.
- АФО доношенного и недоношенного ребенка в зависимости от срока гестации.
- АФО кроветворной, пищеварительной, дыхательной, нервной, мочевыделительной, иммунной системы в период новорожденности.
- Кровообращение плода и новорожденного.
- Ведение новорожденного в родильном зале. Шкала Апгар, шкала Сильвермана. Шкала Даунса. Интерпретация и особенности применения.
- Первичный туалет новорожденного.
- Пограничные состояния новорожденных.
- Оценка неврологического статуса новорожденных, рефлексы новорожденных.
- Оценка физического развития, в том числе с использованием оценочных кривых.
- Особенности первичного осмотра новорожденных.
- Зондирование желудка.
- Неонатальный скрининг. Порядок и методика проведения.
- Венозный доступ. Катетеризация пупочной вены.
- Схема написания истории болезни в неонатологии, правила ведения медицинской карты стационарного больного
- Особенности общего анализа крови, биохимических показателей, системы гемостаза, копрологического исследования в периодне новорожденности, интерпретация лабораторных данных.
- Люмбальная пункция. Показания, методика проведения, интерпретация полученных данных.
- НСГ, УЗИ анатомических структур черепа и головного мозга.
- Особенности ЭКГ новорожденных детей.

- Особенности ЭхоКг новорожденных детей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Оценка состояния по шкале Апгар.
- Оценка дыхательных расстройств по шкале Сильвермана и Даунс.
- Оценка степени зрелости новорождённых.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Оценить критерии живорождённости и жизнеспособности, оценить состояние при рождении по шкале Апгар
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести первичный туалет новорождённого, провести профилактику гонобленореи, провести антропометрию новорождённого
- Оценить морфо-функциональную зрелость новорождённого по Шкалам Дубовица, Баллард
- Проведение вакцинации против гепатита В, БЦЖ
- Проведение неонатального скрининга, показание, методика проведения.
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Алгоритм выполнения адекватных диагностических и лечебных мероприятий при оказании педиатрической помощи больным на госпитальном этапе;
- Алгоритм выполнения профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний новорождённых.
- Владеть техникой регистрации ЭКГ у новорождённых и знать нормативы ЭКГ.
- Принимать участие (проводить) в проведении НСГ, знать нормативы НСГ у новорожденных, интерпретация полученных данных.
- Принимать участие (проводить) в проведении рентгенографии, интерпретация полученных данных.
- Принимать участие (проводить) в проведении УЗИ внутренних органов, интерпретация полученных данных.

Тема 2. Заболевания кожи у новорожденных этиология, клинические проявления, дифференциальная диагностика, течение, лечение, исходы элементов

Собеседование по контрольным вопросам.

- Этапы формирования кожного покрова плода и новорожденного.
- Особенности строения кожи, подкожной жировой клетчатки у новорожденных, их обоснование и клиническая значимость.
- Первичные и вторичные элементы кожи. Особенности патогистологии.
- Уход за кожей новорожденного. Обработка пупочной ранки.
- Транзиторные состояния кожи новорожденного.
- Заболевания кожи инфекционной природы. Пиодермии у новорожденных (стафилодермии, везикулопустуллез, пузырчатка новорожденных, эксфолиативный дерматит новорожденных, ССОК, псевдофурункулез, флегмона новорожденных, стрептодермия, рожа, гнойный мастит новорожденных). Этиология, клиника, дифф.диагностика, принципы диагностики и лечения.
- Инфекционные заболевания пупочной ранки. Этиология, клиника, дифф.диагностика, принципы диагностики и лечения.
- Аллергодерматозы. Атопический дерматит: клиника, принципы диагностики и лечения. Экзема и контактный дерматит детей: этиология, клиника, дифф.диагностика, принципы диагностики и лечения, исход.
- Врожденные и наследственные заболевания кожи новорожденных (врожденный ихтиоз, эритродермия Брока, буллезный эпидермолиз). Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
- Приобретенные неинфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки (склерема, склередема, токсический эпидермальный некролиз, неонатальная системная красная волчанка). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорожденного, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорожденного и оценки его состояния сразу после рождения.
- Уметь проводить первичный осмотр новорожденного с кожными заболеваниями.
- Уход за кожей новорожденного и пупочной ранкой.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорожденного к груди
- Провести первичный туалет новорожденного, провести профилактику гонобленореи, провести антропометрию новорожденного
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции

- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Оформление экстренных извещений
- Забор гнойного содержимого для исследования.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.
- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.

Тема 3. Анатомо-физиологические и функциональные особенности бронхолегочной системы во внутриутробном и неонатальном периоде, период адаптации при переходе к внеутробному существованию. Особенности течения пневмопатий (болезнь гиалиновых мембран, отечно-геморрагический синдром, ателектазы легких), оценка степени тяжести синдрома дыхательных расстройств, лечение пневмопатий. Пороки развития легких. Диспансерное наблюдение за детьми, имевших патологию бронхолегочной системы в периоде новорожденности

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо-физиологические особенности бронхолегочной системы во внутриутробном и неонатальном периоде.
- Особенности дыхания у доношенных и недоношенных новорожденных.
- Период адаптации при переходе к внеутробному существованию. Первый вдох новорождённого и его механизм. Транзиторная гипервентиляция и особенности акта дыхания в раннем неонатальном периоде
- Транзиторные состояния дыхательной системы у детей.
- Общие признаки дыхательных расстройств новорожденных.
- Болезнь гиалиновых мембран или РДС. РДС – пневмопатия. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, особенности рентгенпроявлений. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Оценка степени тяжести дыхательных расстройств.
- Бронхолегочная дисплазия (БЛД). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, особенности рентгенпроявлений. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Ателектазы лёгких. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Пороки развития легких. Агенезия, аплазия, гипоплазия легких. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Пневмонии новорожденных. Этиологическая структура. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.
- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Методика поддержания первого вдоха у детей различного гестационного возраста.
- Знать показания и технику ингаляции кислорода.
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний.
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи.
- Знать методы профилактики осложнений респираторной терапии.

Тема 4. Гнойно-септические заболевания новорожденных. Физиологические особенности иммунной системы в периоде новорожденности. Этиология, патогенез, вопросы классификации, клиника, диагностика, лечение, профилактика при гнойно-септических заболеваниях (процессы местной локализации, сепсис, деструктивные пневмонии, поражения желудочно-кишечного тракта). Диспансерное наблюдение детей, перенесших гнойно-септические заболевания в периоде новорожденности

Собеседование по контрольным вопросам.

- Физиологические особенности иммунной системы в периоде новорожденности.
- Гнойно-септические заболевания новорожденных. Классификация. Предрасполагающие факторы.

- Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных (омфалит, пупочный свищ, везикулопустулез, пузырчатка новорожденных, пиодермия, остеомиелит, дакриоцистит, флегмона новорожденных). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Сепсис новорожденных. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лабораторные критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Особенности клинического течения, лабораторных показателей и лечения сепсиса в зависимости от возбудителя.
- Особенности клиники сепсиса у недоношенных новорожденных.
- Септический шок. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
- Основы профилактики сепсиса у новорожденных и грудных детей.
- Деструктивные пневмонии. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лабораторные критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Некротический энтероколит новорожденных. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лабораторные критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования, забор крови, мочи, кала на посев.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.

- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Знать показания и технику ингаляцию кислорода.
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний.
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи.
- Знать методы профилактики осложнений респираторной терапии.

Тема 5. Внутриутробные инфекции.

Этиология, патогенез, пути инфицирования, клиника, дифференциальный диагноз, особенности терапии, прогноз, профилактика, диспансерное наблюдение).

Особенности инфекционного процесса у беременных, поражение плода при инфицировании на разных сроках беременности. Внутриутробная вирусная инфекция. Внутриутробная бактериальная инфекция. Врожденные протозойные и другие инфекционные болезни (токсоплазмоз, микоплазменная инфекция, хламидиоз)

Собеседование по контрольным вопросам.

- Внутриутробные инфекции. Классификация. Понятие о TORCH комплексе.
- Вирусные инфекции (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпес – инфекция, эпидемический паротит, корь). Этиология, патогенез, пути инфицирования, клиника, дифференциальный диагноз, особенности терапии, прогноз, профилактика, диспансерное наблюдение.
- Бактериальные инфекции (листериоз, гонорея, хламидиоз, туберкулез, сифилис, стрептококк, кишечная палочка). Этиология, патогенез, пути инфицирования, клиника, дифференциальный диагноз, особенности терапии, прогноз, профилактика, диспансерное наблюдение.
- Паразитарные и прочие инфекции (токсоплазмоз, микоплазмоз). Этиология, патогенез, пути инфицирования, клиника, дифференциальный диагноз, особенности терапии, прогноз, профилактика, диспансерное наблюдение.
- Особенности инфекционного процесса у беременных, поражение плода при инфицировании на разных сроках беременности.
- Последствия перенесенной внутриутробной инфекции у новорожденных детей и детей раннего возраста.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.

- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования, забор крови, мочи, кала на посев.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.
- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Знать показания и технику ингаляцию кислорода.
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний.
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи.
- Знать методы профилактики осложнений респираторной терапии.

Тема 6. Гемолитическая болезнь новорожденных (патогенез, клиника, лабораторная диагностика, экстренная терапия, дальнейшая тактика ведения, прогноз, отдаленные последствия)

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО крови и кроветворной системы.
- ГБН. Классификация. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Основной повреждающий фактор. Клинические проявления.
- Факторы риска развития билирубиновой энцефалопатии. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- План обследования при подозрении на ГБН, лабораторная диагностика.
- Тактика ведения новорожденных, угрожаемых по развитию ГБН в первые сутки.
- План лечения детей с ГБН, экстренная терапия, дальнейшая тактика ведения.
- Показания, противопоказания к фототерапии. Виды фототерапии.
- Заменное переливание крови. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Осложнения.
- Прогноз, отдаленные последствия ГБН у детей.
- Поздняя анемия у детей с ГБН.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования, забор крови, мочи, кала на посев.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.
- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Знать показания и технику ингаляцию кислорода.
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний.
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи.
- Знать методы профилактики осложнений респираторной терапии.
- Фототерапия. Показания, противопоказания. Методика проведения с подбором режима.
- ЗПК. Показания, противопоказания. Методика проведения.

Тема 7. Перинатальные энцефалопатии.

Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Значение нарушения маточно-плацентарного кровообращения в генезе постгипоксического поражения ЦНС. Острый период. Восстановительный период. Исходы.

Собеседование по контрольным вопросам.

- Анатомо-физиологические особенности нервной системы доношенных и недоношенных детей.

- Значение нарушения маточно-плацентарного кровообращения в генезе постгипоксического поражения ЦНС.
- Классификация перинатальных поражений ЦНС.
- Перинатальные гипоксические поражения ЦНС. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лаборно-инструментальная диагностика. Лечение.
- Перинатальное травматическое поражение ЦНС. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лаборно-инструментальная диагностика. Лечение.
- Перинатальное поражение ЦНС инфекционной природы. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лаборно-инструментальная диагностика. Лечение.
- Основные клиничко – неврологические синдромы, встречающиеся при ППЦНС у новорожденных детей.
- Особенности клинического течения и диагностики ППЦНС в зависимости от степени недоношенности.
- Тактика ведения новорожденных детей в острый период.
- Тактика ведения детей в восстановительный период.
- Отдаленные последствия перенесенного ППЦНС. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести оценку неврологического статуса новорожденного, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования, забор крови, мочи, кала на посев.
- Анализировать мониторингирование жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.

- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли).
- Знать показания и технику ингаляцию кислорода.
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний.
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи.

Тема 8. Геморрагический синдром новорожденных. Особенности гемостаза новорожденных. Наследственные коагулопатии, геморрагическая болезнь новорожденных, врожденная тромбоцитопеническая пурпура, коагулопатия потребления при синдроме ДВС

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО крови и кроветворной системы у новорожденных детей.
- Нарушение гемостаза у новорожденных детей.
- Геморрагическая болезнь новорожденных. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- Наследственные коагулопатии (гемофилия А, болезнь Виллебранда, гемофилия В, гемофилия С). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- Врожденная тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- ДВСС. Коагулопатия потребления при синдроме ДВС. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- Геморрагический синдром новорожденных. Подбор гемостатической терапии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции;
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого;

- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей;
- Уметь формулировать диагноз с учётом МКБ, клинических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения;
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови;
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Знать показания и технику ингаляцию кислорода;
- Владеть методами профилактики гипероксических состояний;
- Владеть техникой прямой ларингоскопии и интубации трахеи;
- Показания к переливанию крови;
- Определение группы крови и резус-фактора.

Тема 9. Питание детей периода новорожденности. Принципы рационального сбалансированного питания

Собеседование по контрольным вопросам.

- Физиология лактации
- Преимущества раннего прикладывания к груди. Раннее трофическое питание («минимальное энтеральное питание»)
- Первичная и вторичная гипогалактия. Методы коррекции гипогалактии.
- Общие принципы вскармливания новорожденных.
- Виды вскармливания.
- Показания, противопоказания к естественному вскармливанию. Факторы риска снижения толерантности к энтеральной нагрузке.
- Показания, противопоказания к искусственному вскармливанию.
- Показания, противопоказания к смешанному вскармливанию.
- Виды молочных смесей. Индивидуальный подход в выборе молочной смеси. Лечебные смеси, показание для перевода на лечебные смеси.
- Потребность в энергии и основных нутриентах недоношенных и доношенных новорожденных.
- Продукты для вскармливания новорожденных доношенных и недоношенных.
- Критерии адекватности питания новорожденных.
- Энтеральное и парентеральное питание (частичное, полное). Формулы, используемые при расчете питания. Контроль энтерального и парентерального питания. Показания для перевода ребенка на парентеральное питание.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра новорождённого и оценки его состояния сразу после рождения.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности прикладывания новорождённого к груди
- Провести диагностику пограничных состояний, назначить мероприятия по их профилактике и коррекции
- Решить вопрос о выписке или переводе новорождённого
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у новорождённых;
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным новорожденным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи новорожденным;
- Санация ВДП, забор мокроты для исследования, забор крови, мочи, кала на посев.
- Анализировать мониторинг жизненно-важных функций у новорождённых и недоношенных детей.
- Оценка по шкале дыхательных расстройств Сильвермана, Даунс.
- Инвазивный и неинвазивный мониторинг газового состава крови.
- Навыки респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорождённых (через лицевую маску, через носовые канюли)
- Знать показания и технику ингаляции кислорода.
- Постановка назогастрального, желудочного зонда. Правила кормления через зонд.
- Парентеральное питание. Показание. Расчет. Методы проведения.
- Энтеральное питание. Показания. Противопоказания. Расчет. Методы проведения.

Раздел 9. Патология детей раннего возраста.

Тема 1. Оценка физического и психомоторного развития детей раннего возраста («индексы развития»). Методики оценки развития. Сигмальные отклонения параметров физического развития

Собеседование по контрольным вопросам.

- Физическое развитие . 4 группы признаков физического развития. Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Факторы, определяющие физическое развитие.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.

- Формулы физического развития. Индексы пропорциональности. Сигмальные отклонения параметров физического развития
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам.
- Семиотика нарушений физического развития.
- Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Особенности развития нервной системы в постнатальном периоде.
- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы
- Характеристика НПР ребенка до года и с 1-3 лет.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние новорождённого, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Решить вопрос о возможности дальнейшего прикладывания к груди, о введении докорма или прикорма. Показания и противопоказания. Правила введения.
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Формулы физического развития. Индексы пропорциональности. Сигмальные отклонения параметров физического развития
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам.
- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы
- Характеристика НПР ребенка до года и с 1-3 лет.

Тема 2. Хронические расстройства питания (нарушения нутритивного статуса): гипотрофия, паратрофия, гипостатура, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания

Собеседование по контрольным вопросам.

- Хронические расстройства питания (нарушения нутритивного статуса). Классификация. Этиопатогенез.
- Гипотрофия. Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска развития. Классификация. Определение степени тяжести Клинические проявления, в зависимости от степени тяжести. Дифференциально – диагностические критерии с учетом клинико – лабораторных данных.
- Основные принципы лечения. Диетотерапия. Периоды диетотерапии. Расчет потребностей в ингредиентах в зависимости от степени тяжести. Подбор режима кормления.
- Синдромная терапия при гипотрофии, подбор ферментных препаратов, витаминотерапия, восстановление микрофлоры кишечника, и т.д.
- Общие правила ухода за ребенком с гипотрофией. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Паратрофия. Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска развития. Классификация. Определение степени тяжести Клинические проявления, в зависимости от степени тяжести. Дифференциально – диагностические критерии с учетом клинико – лабораторных данных.
- Основные принципы лечения. Диетотерапия. Периоды (этапы) диетотерапии. Расчет потребностей в ингредиентах в зависимости от степени тяжести. Подбор режима кормления.
- Синдромная терапия при гипотрофии, подбор ферментных препаратов, витаминотерапия, восстановление микрофлоры кишечника, и т.д.
- Общие правила ухода за ребенком с паратрофией. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Гипостатура. Определение. Этиология. Патогенез. Факторы риска развития. Классификация. Клинические проявления, в зависимости от степени тяжести. Дифференциально – диагностические критерии с учетом клинико – лабораторных данных.
- Основные принципы лечения. Расчет потребностей в ингредиентах в зависимости от степени тяжести. Подбор режима кормления. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.

- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Формулы физического развития. Индексы пропорциональности. Сигмальные отклонения параметров физического развития
- Диетотерапия. Расчет питания.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам.
- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы
- Характеристика НПР ребенка до года и с 1-3 лет.

Тема 3. Нутрициология детского возраста. Концепция сбалансированного питания. Национальная программа «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации»

Собеседование по контрольным вопросам.

- Питание беременной женщины. Нормы физиологической потребности в основных пищевых веществах и энергии.
- Питание кормящей женщины. Нормы физиологической потребности в основных пищевых веществах и энергии для кормящих матерей. Ассортимент основных пищевых продуктов, рекомендованных для беременных и кормящих женщин.
- Организация грудного вскармливания. Гипогалактия и показания к введению докорма.
- Выбор докорма и определение объема детской смеси для докорма. Способы введения докорма. Показания к назначению дополнительной жидкости (допаивания).
- Мероприятия по стимуляции лактации.
- Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным молоком (или противопоказания к кормлению непосредственно из груди матери)
- Технология создания индивидуального банка грудного молока: правила сбора, хранения, замораживания и размораживания грудного молока
- Смешанное и искусственное вскармливание. Выбор смеси. Расчет суточного и разового количества молока с учетом возраста и веса.

- Прикорм. Порядок и сроки введения прикорма.
- Оценка нутритивного статуса у детей первого года жизни.
- Антропометрические и лабораторно-инструментальные методы оценки нутритивного статуса.
- Оценка фактического питания.
- Особенности питания доношенных детей, родившихся малыми и маловесными к гестационному возрасту диетотерапия постнатальной недостаточности питания у детей старше 1 мес жизни.
- Коррекция недостаточности питания у детей первого года жизни с хронической сердечной недостаточностью.
- Коррекция недостаточности питания у детей первого года жизни с неврологическими нарушениями.
- Профилактика ожирения и коррекция питания при избыточной массе тела.
- Питание детей при железодефицитных состояниях.
- Лечебное питание при пищевой аллергии.
- Питание детей при непереносимости углеводов.
- Лечебное питание при синдроме мальабсорбции.
- Лечебное питание при острых кишечных инфекциях.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и невропсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам.
- Характеристика НПР ребенка до года и с 1-3 лет.

- Формулы физического развития. Индексы пропорциональности. Сигмальные отклонения параметров физического развития
- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 4. Аномалии конституции, виды диатезов: экссудативно-катаральный, аллергический, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический. Диагностика. Клиника. Лечение, профилактика

Собеседование по контрольным вопросам.

- Аномалии конституции. Определение. Классификация.
- Критерии, позволяющие относить детей к группе риска по формированию аномалий конституции
- Экссудативно-катаральный диатез. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
- Аллергический диатез. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
- Лимфатико-гипопластический диатез. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
- Нервно-артритический диатез. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.

- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 5. Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз Д. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения, современный подход. Профилактика. Диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО костной системы у детей. Фосфорно – кальциевый обмен. Роль дефицита витамина Д в развитии патологии у детей.
- Рахит. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Гипервитаминоз Д. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Спазмофилия. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Витамин Д. Его функции, обмен, метаболиты, роль, значение в организме.
- Дефицит и недостаточность витамина Д. Современный взгляд на проблему и способы коррекции с учетом возраста и степени.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.

- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка нервно-психического развития (НПР) детей. Основные показатели и формулы.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии
- Проведение УФО. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Неотложная помощь при судорожном синдроме, при приступе спазмофилии.

Тема 6. Заболевания органов дыхания у детей раннего возраста: пневмонии, энзимопатии, наследственно обусловленные болезни легких, респираторные аллергозы (обструктивный бронхит, бронхиолит, бронхиальная астма). Дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Объем экстренных мероприятий на догоспитальном этапе и в стационаре. Дифференциальная диагностика и лечение пневмоний у детей раннего возраста

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО органов дыхания у детей.
- Пневмонии у детей раннего возраста. Этиологическая структура. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностические критерии разных форм пневмонии с учетом этиологического фактора. Лечение, подбор антибактериального препарата с учетом возраста и особенностей возбудителя. Осложнения. Диспансерное наблюдение.
- Энзимопатии. Классификация. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Наследственно обусловленные болезни легких. Классификация. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Респираторные аллергозы. Классификация. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Острые бронхиты (бронхит, обструктивный бронхит, бронхиолит). Этиологическая структура. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностические критерии разных форм пневмонии с учетом этиологического фактора. Лечение, подбор антибактериального препарата с учетом возраста и особенностей возбудителя. Показания для назначения антибактериального препарата. Осложнения. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента

(осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)

- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Проведение рентгенографии органов грудной клетки в прямой и боковой проекции с интерпретацией полученных данных.
- Проведение бронхоскопии с бронхографией. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Мазок из зева на флору и чувствительность к антибиотикам. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Забор мокроты на исследование с определением чувствительности к АБ.
- Санация ВДП, техника проведения.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 7. Анемии у детей раннего возраста. Железодефицитная анемия. Гемолитические и апластические анемии у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО крови и кроветворной системы.
- Анемии у детей раннего возраста. Этиология. Классификация. Группы риска детей по развитию анемии.
- Железодефицитная анемия. Этиология. Обмен железа. Патогенез. Клинические проявления и синдромы. Диагностика. Лечение. Выбор препарата железа с учетом способа введения, причины развития и возраста ребенка. Профилактика. Диспансерное наблюдение

- Гемолитические и апластические анемии у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клинические проявления и синдромы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Оценить обмен железа по лабораторным показателям.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 8. Синдром нарушенного кишечного всасывания (целиакция, муковисцидоз, дисахаридазная недостаточность). Алгоритмы базисного и сопроводительного лечения. Роль диетотерапии. Гастроэнтероколиты различной этиологии.

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО пищеварительной системы у детей. Особенности пищеварения у детей разных возрастов.
- Синдром нарушенного кишечного всасывания. Определение. Классификация. Типы мальабсорбции.
- Целиакия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Характерные особенности целиакии в зависимости от формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диетотерапия. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Муковисцидоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Характерные особенности целиакии в зависимости от формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диетотерапия. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Дисахаридазная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диетотерапия. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
- Лактазная недостаточность. Основные функции лактозы в организме ребенка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диетотерапия. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Копроскопия. Интерпретация полученных данных.
- Оценить обмен железа по лабораторным показателям.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;

- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 9. Функциональные расстройства пищеварения (СРК, рвота, срыгивания, запор). Диагностика, лечение, способы нутритивной коррекции. Дисбактериоз кишечника. Пороки развития ЖКТ (пилоростеноз, болезнь Гиршпрунга, долихосигма)

Собеседование по контрольным вопросам.

- Функциональные расстройства пищеварения. Классификация. Римские критерии.
- СРК. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Способы нутритивной коррекции. Лечение.
- Рвота, срыгивания. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Способы нутритивной коррекции. Лечение.
- Младенческие кишечные колики. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Способы нутритивной коррекции. Лечение.
- Запор. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Способы нутритивной коррекции. Лечение.
- Дисбактериоз. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Способы нутритивной коррекции. Лечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течения настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.

- Оценить обмен железа по лабораторным показателям.
- Копроскопия. Интерпретация полученных данных.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 10. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Диф.диагноз. Лечение, профилактика осложнений. Дисметаболические нарушения, врожденные аномалии, скрининговые тесты

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО органов мочевой системы у детей.
- Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Подбор антибактериальной терапии с учетом возбудителя и длительность приенения. Уросептики в лечении пиелонефрита у детей.
- Гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- Дисметаболические нарушения. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- Врожденные аномалии развития ОМС у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургической коррекции.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и

определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)

- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Правила забора мочи для исследования. Оценка полученных результатов.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 11. Почечная недостаточность. Гемолитико-уремический синдром. Тубулопатии у детей раннего возраста, протекающие с синдромом полиурии, ацидозом, нефролитиазом, рахитоподобными изменениями

Собеседование по контрольным вопросам.

- Почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь.
- Гемолитико-уремический синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь.
- Тубулопатии у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- Рахитоподобные заболевания. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления с учетом формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Правила забора мочи для исследования. Оценка полученных результатов.
- Проведение функциональных почечных проб, оценка полученных результатов.
- Обмен витамина Д. Показания к сдаче витамина Д, интерпретация полученных данных.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Показания и противопоказания к проведению диализа. Методика проведения.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 12. Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста. Врожденные пороки сердца. Кардиопатии с нарушениями ритма (врожденная пароксизмальная тахикардия, миокардиты, токсическая кардиопатия, фиброзелостоз). Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Сердечная недостаточность. Недостаточность кровообращения, степени и типы. Диагностика, неотложные мероприятия

Собеседование по контрольным вопросам.

- АФО сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста. Основы ЭКГ у детей раннего возраста.
- Врожденные пороки сердца. Классификация. Этиология. Патогенез. Пороки сердца по синему и белому типу. Особенности гемодинамики и клинических проявлений в зависимости от формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к проведению хирургического лечения. Диспансерное наблюдение.
- Врожденная пароксизмальная тахикардия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
- Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
- Токсическая кардиопатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
- Фиброэластоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
- Недостаточность кровообращения. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Неотложная помощь.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез, уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- Оценить обмен железа по лабораторным показателям.
- Пункция костного мозга. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Проведение ЭКГ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Проведение ЭхоКГ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.

- Проведение Холтер - мониторинга. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тема 13. Атопические заболевания в раннем детстве: пищевая аллергия, атопический дерматит. Стандарты диагностики атопических и аллергических заболеваний. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. Специфическая гипосенсибилизация. Социальные аспекты атопических заболеваний

Собеседование по контрольным вопросам.

- Пищевая аллергия (ПА). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
- Атопический дерматит (АД). Этиология. Патогенез. Факторы риска развития АД. Классификация. Клинические проявления с учетом возрастных особенностей. Оценка степени тяжести. Диагностика. Особенности сбора аллергологического анамнеза. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диетотерапия. Диспансерное наблюдение.
- Стандарты диагностики атопических и аллергических заболеваний. Проведение специфических кожных проб.
- Специфическая гипосенсибилизация. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
- Социальные аспекты атопических заболеваний.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез (в т.ч. аллергологический), уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)

- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.
- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Проведение кожных аллергологических проб, оценка полученных результатов.
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Раздел 10. Поликлиническая педиатрия

Тема 1. Организация амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению территориального врачебного участка. Организация работы участкового врача-педиатра. Прием в поликлинике, посещения больных на дому (по вызову, активные), организация педиатрического стационара на дому. Организация и проведение диспансеризации больных и здоровых, профилактические осмотры

Собеседование по контрольным вопросам.

- Организация амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) детскому населению территориального врачебного участка. Принципы и виды АПП. Основные нормативные и методические документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинической службы. Структура детской поликлиники.
- Организация работы современной поликлиники. Основные задачи поликлиники. Роль узких врачей-специалистов в организации лечебно-профилактической помощи населению
- Организация работы участкового врача-педиатра. Учетная и отчетная документация в работе участкового врача-педиатра.
- Прием в поликлинике.
- Посещения больных на дому (по вызову, активные).

- Организация педиатрического стационара на дому
- Организация и проведение диспансеризации больных и здоровых, профилактические осмотры

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

Тема 2. Принципы реабилитации больных и инвалидов. Санаторно-курортный отбор. Санитарно-просветительная работа. Работа с участковой медицинской сестрой. Планирование работы, заполнение и ведение учетной и отчетной медицинской документации. Календарь профилактических прививок

Собеседование по контрольным вопросам.

- Принципы реабилитации больных и инвалидов.
- Санаторно-курортный отбор.
- Санитарно-просветительная работа.
- Работа с участковой медицинской сестрой.
- Планирование работы, заполнение и ведение учетной и отчетной медицинской документации.
- Календарь профилактических прививок.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

Тема 3. Общие вопросы организации медико-социальной экспертизы. Принципы работы и задачи МСЭ. Экспертиза временной утраты трудоспособности. Выдача листов нетрудоспособности при заболеваниях, травмах и по уходу за больными. Причины инвалидности. Критерии установления инвалидности

Собеседование по контрольным вопросам.

- Общие вопросы организации медико-социальной экспертизы. Принципы работы и задачи МСЭ.
- Экспертиза временной утраты трудоспособности. Выдача листов нетрудоспособности при заболеваниях, травмах и по уходу за больными.
- Особенности выдачи больничных листов.
- Причины инвалидности. Критерии установления инвалидности.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

Тема 4. Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний кровообращения.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика ревматических болезней.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика заболеваний органов дыхания.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов пищеварения.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней почек.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика болезней органов кровотока.

Внебольничная диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация, профилактика эндокринных заболеваний

Внебольничная диагностика, симптоматическая терапия, профилактика онкологических заболеваний

Собеседование по контрольным вопросам.

- Заболевания кровообращения у детей. Семиотика поражения ССС у детей. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика заболеваний кровообращения.
- Ревматические заболевания у детей. Классификация. Семиотика поражения. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика ревматических болезней.
- Заболевания органов дыхания у детей. Классификация. Семиотика поражения органов дыхания у детей. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика заболеваний органов дыхания.
- Заболевания органов пищеварения у детей. Классификация. Семиотика поражения органов пищеварения у детей. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика болезней органов пищеварения.
- Заболевания органов мочевой системы у детей. Классификация. Семиотика поражения. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика болезней почек.
- Заболевания органов кровотока у детей. Классификация. Семиотика поражения. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика болезней органов кровотока.
- Эндокринная патология у детей. Классификация. Семиотика поражения. Внебольничная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика эндокринных заболеваний
- Внебольничная диагностика, симптоматическая терапия, профилактика онкологических заболеваний.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Собрать анамнез (в т.ч. аллергологический), уметь интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребёнка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течение настоящей беременности и родов и определить состояние ребенка, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.)
- Владеть методикой первичного осмотра ребенка раннего возраста и оценки его состояния.

- Составить план обследования больного, направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам.
- Интерпретация результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста, с учетом возрастных особенностей.
- УЗИ внутренних органов. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных
- ЭКГ, ЭХОКГ. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Рентгенография органов грудной клетки. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- Бронхография. Бронхоскопия. Показания. Противопоказания. Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
- КТ, МРТ. Показания. Противопоказания. Интерпретация полученных данных.
- Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным;
- Проведение кожных аллергологических проб, оценка полученных результатов.
- Алгоритм выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи;
- Оценить физическое и нервнопсихическое развития с учетом возрастных особенностей.
- Оценить состояние кожи и придатков с учетом имеющейся патологии.
- Антропометрические, функциональные, соматоскопические, биологические показатели.
- Методики оценки физического развития. Измерение длины тела у детей до года, от 1-3 лет. Измерение массы тела у детей до года, от 1-3 лет. Расчеты антропометрических показателей. Окружность головы. Окружность груди.
- Оценка физического развития по перцентильным диаграммам и НПР детей.
- Расчет питания. Подбор диетотерапии в зависимости от выявленной патологии.

Тестовый контроль:

001. К группе риска по сердечно-сосудистой патологии не относятся дети
- а) с хроническим тонзиллитом
 - б) родители которых болеют ревматизмом
 - в) с пиелонефритом
 - г) родители которых страдают гипертонической болезнью
002. При эмбриопатии может наблюдаться все перечисленное, кроме
- а) нарушений органогенеза
 - б) порока сердца
 - в) врожденного гепатита
 - г) врожденной катаракты
003. В установлении нервно-артритического типа конституции помогают все перечисленные данные генеалогического анамнеза, кроме
- а) наличия у деда подагры
 - б) наличия у родственников тугоухости
 - в) наличия у родственников аллергических заболеваний
 - г) наличия у родственников мигрени
004. В группу риска по кардиальной патологии не относятся дети
- а) с синдромом Марфана

- б) с синдромом Элерса - Данлоса
- в) с синдромом укороченного интервала PQ
- г) с синдромом Альпорта

005. Для выявления кардиальных изменений у детей с наследственными синдромами менее информативно

- а) ЭКГ
- б) ультразвуковое исследование сердца
- в) анализ крови клинический
- г) ФКГ

006. Заболевания суставов чаще развиваются у детей

- а) с экссудативно-катаральной конституцией
- б) с лимфатической конституцией
- в) с нервно-артритической конституцией
- г) с перинатальной энцефалопатией

007. Сердечные изменения чаще встречаются

- а) при синдроме де Тони - Дебре - Фанкони
- б) при синдроме Марфана
- в) при синдроме Альпорта
- г) при адреногенитальном синдроме

008. В процессе адаптации организма участвуют

- а) надпочечник
- б) гипоталамус
- в) гипофиз
- г) все перечисленное

009. Гепарин и гистамин выделяют

- а) нейтрофилы
- б) лимфоциты
- в) тучные клетки (мастоциты)
- г) плазматические клетки

010. Активность лимфоцитов и плазматических клеток подавляет

- а) супрастин
- б) метилпреднизолон (урбазон)
- в) дигоксин
- г) трентал

011. Выделение гепарина подавляет

- а) витамин К
- б) курантил
- в) дексаметазон
- г) трентал

012. Не принимают активного участия в воспалительной реакции

- а) тромбоциты
- б) плазматические клетки
- в) лимфоциты
- г) миоциты

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

- а) стеноз легочной артерии
- б) дефект межжелудочковой перегородки
- в) субаортальный стеноз
- г) открытый артериальный проток

014. У больного с открытым артериальным протоком не наблюдается

- а) полицитемия
- б) увеличение левого желудочка
- в) выбухание легочной артерии на рентгенограмме
- г) гиперволемия малого круга кровообращения

015. У больного с широким открытым артериальным протоком вряд ли может наблюдаться

- а) усиленный разлитой верхушечный толчок
- б) выбухание грудной клетки над областью сердца слева
- в) "машинный" шум

г) цианоз и "барабанные пальцы"

016. При открытом артериальном протоке обычно не развивается

- а) бактериальный эндокардит
- б) отек легких
- в) сердечная недостаточность
- г) одышечно-цианотические приступы

017. При бактериальном поражении открытого артериального протока наблюдается

- а) увеличение селезенки
- б) лихорадка
- в) увеличение СОЭ
- г) анемия
- д) все перечисленное

018. Выраженный общий цианоз наблюдается

- а) при атрезии трехстворчатого клапана
- б) при коарктации аорты
- в) при открытом артериальном протоке
- г) при дефекте межжелудочковой перегородки

019. Легочная гипертензия не наблюдается

- а) при открытом артериальном протоке
- б) при дефекте межпредсердной перегородки
- в) при изолированном стенозе легочной артерии
- г) при дефекте межжелудочковой перегородки

020. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением

- а) одышки и непереносимости физической нагрузки
- б) повторных пневмоний
- в) акцента второго тона на легочной артерии
- г) судорог

021. При дефекте межжелудочковой перегородки максимум шума определяется

- а) на верхушке сердца
- б) на легочной артерии
- в) на грудице
- г) на верхней трети грудины

022. Частые пневмонии могут наблюдаться при пороках сердца, кроме

- а) атриовентрикулярной коммуникации
- б) дефекта межжелудочковой перегородки
- в) тетрады Фалло
- г) межпредсердного дефекта

023. При тетраде Фалло наиболее частым осложнением является

- а) бактериальный эндокардит
- б) тромбозы сосудов
- в) отек легких
- г) кровотечение

024. При тетраде Фалло не бывает

- а) вынужденного положения
- б) приступов глубокого цианоза
- в) бессимптомного течения
- г) пальцев в виде "барабанных палочек"
- д) полицитемии

025. Одышечно-цианотические приступы наблюдаются

- а) при дефекте межпредсердной перегородки
- б) при тетраде Фалло
- в) при открытом артериальном протоке
- г) при дефекте межжелудочковой перегородки

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

- а) ввести стофантин
- б) дать кислород
- в) назначить анаприлин (обзидан)
- г) назначить промедол

027. При тетраде Фалло применяют
- а) дигоксин
 - б) анаприлин
 - в) лазикс
 - г) целанид
028. К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, относятся все перечисленные, за исключением
- а) открытого артериального протока
 - б) коарктации аорты
 - в) транспозиции крупных сосудов
 - г) открытого овального окна
029. При системной красной волчанке сыпь локализуется
- а) на ушных раковинах
 - б) на туловище
 - в) на ногах
 - г) на спинке носа и щеках
030. При системной красной волчанке чаще наблюдается
- а) синдром Рейно
 - б) наличие LE-клеток
 - в) периорбитальная эритема
 - г) дисфагия
031. Из перечисленных иммунологических показателей наибольшее диагностическое значение при системной красной волчанке имеют
- а) иммуноглобулины М
 - б) иммуноглобулины А
 - в) АСЛО
 - г) антитела к ДНК
032. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет
- а) повышение иммуноглобулинов
 - б) диспротеинемия
 - в) LE-клетки
 - г) увеличение СОЭ
033. При грануломатозе Вегенера редко наблюдается
- а) поражение дыхательных путей
 - б) нефропатии
 - в) поражение носоглотки
 - г) изменения со стороны нервной системы
034. При склеродермии наиболее часто наблюдается
- а) поражение печени
 - б) кардиопатия
 - в) нефропатия
 - г) поражение кожи
035. При дерматомиозите наиболее часто наблюдается
- а) синдром Рейно
 - б) генерализованное поражение мышц
 - в) нейропатия
 - г) нефропатия
036. При ревматоидном артрите может наблюдаться
- а) высокая лихорадка
 - б) перикардит
 - в) увеличение лимфоузлов
 - г) СОЭ 60 мм/ч
 - д) все перечисленное
037. При ревматоидном артрите не отмечается
- а) поражение мелких суставов
 - б) утренняя скованность суставов
 - в) длительное течение артрита
 - г) "летучесть" болей

038. Ревматоидный артрит характеризуется
- а) сочетанием с эндокардитом
 - б) летучим характером поражения суставов
 - в) циклическим течением с полным и быстрым обратным развитием
 - г) наличием остаточных деформаций
039. Развитию ревматизма может способствовать наличие у ребенка
- а) пиелонефрита
 - б) холецистита
 - в) хронического тонзиллита
 - г) вульвовагинита
040. Ревматической атаке наиболее часто предшествует
- а) стрептококковая инфекция
 - б) травма
 - в) сепсис
 - г) кишечная инфекция
041. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38 С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз
- а) постинфекционный миокардит
 - б) ревматизм
 - в) ревматоидный артрит
 - г) септический кардит
042. Для диагностики ревматизма по Киселю - Джонсу - Нестерову основными критериями являются
- а) повышение титра АСЛО
 - б) абдоминальный синдром
 - в) полиартрит
 - г) снижение зубца Т на ЭКГ
043. Из перечисленных признаков в основные диагностические критерии ревматизма входит
- а) полиартралгии
 - б) хорея
 - в) лихорадка
 - г) увеличенная СОЭ
044. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является
- а) очаговая инфекция
 - б) кардит
 - в) общее недомогание
 - г) артралгия
045. При ревматическом поражении суставов наблюдается
- а) утренняя скованность
 - б) рецидивирующий полиартрит
 - в) ночные локализованные боли
 - г) доброкачественное течение полиартрита
046. При ревматизме наибольшее диагностическое значение имеет
- а) иммуноглобулины А
 - б) АСЛО
 - в) иммуноглобулины G
 - г) ревматоидный фактор
047. Из перечисленных показателей гемограммы свидетельствуют об активном воспалительном процессе при ревматизме все, кроме
- а) лейкоцитоза
 - б) увеличения СОЭ
 - в) лимфоцитоза
 - г) тромбоцитоза
048. При тяжелой атаке ревматизма чаще отмечается
- а) изолированный тяжелый миокардит
 - б) изолированный перикардит
 - в) изолированный эндокардит
 - г) эндомиокардит
049. Для диагностики ревматизма наибольшее значение имеет наличие
- а) эндомиокардита

- б) перенесенной ангины
- в) диспротеинемии
- г) узловой эритемы

050. Эндомиокардит чаще наблюдается

- а) при ревматизме
- б) при инфекционно-аллергическом миокардите
- в) при системной красной волчанке
- г) при ревматоидном артрите

051. При ревматическом эндокардите чаще наблюдается поражение

- а) аортального клапана
- б) двухстворчатого клапана
- в) трехстворчатого клапана
- г) легочной артерии

052. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является

- а) фиброэластоз
- б) системная красная волчанка
- в) ревматизм
- г) септический эндокардит

053. При резко выраженной недостаточности аортального клапана артериальное давление обычно

- а) нормальное
- б) максимальное низкое и минимальное повышено
- в) систолическое - нормальное или повышено, диастолическое - снижено
- г) высокое на руках и низкое на ногах

054. Набухание вен на шее не может свидетельствовать

- а) о недостаточности кровообращения
- б) о нарушении венозного возврата крови к сердцу
- в) о повышении центрального венозного давления
- г) о недостаточности клапанов аорты

055. При митральной недостаточности систолический шум бывает

- а) нежный, короткий, непостоянный
- б) грубый, с эпицентром в V точке
- в) протяжный, дующий, связанный с I тоном, не исчезающий в динамике в V точке
- г) протяжный, дующий, связанный с I тоном, стойкий в динамике и при перемене положения, с максимумом на верхушке сердца

056. Ребенку с предварительным диагнозом "ревматизм" необходимо назначить

- а) клинический анализ крови амбулаторно
- б) биохимический анализ крови амбулаторно
- в) консультацию кардиоревматолога
- г) госпитализацию

057. Из перечисленных показателей не характеризует функциональное состояние почек при ревматизме

- а) общий белок крови
- б) мочевина
- в) уровень калия
- г) креатинин

058. Если ребенка с предварительным диагнозом "ревматизм, активная фаза" не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, кроме

- а) клинического анализа крови на дому
- б) ЭКГ на дому
- в) назначения аспирина
- г) эхоКГ в диагностическом центре

059. Ребенку с предварительным диагнозом "ревматизм" целесообразно назначить дома до госпитализации

- а) преднизолон
- б) бетамезон
- в) дексаметазон
- г) супрастин
- д) аспирин + супрастин

060. В начальный период ревматической атаки показано применение

- а) пенициллина
- б) цепорина

- в) левомецетина
- г) бициллина

061. Бициллинопрофилактику ревматизма следует начать

- а) после выписки из стационара в поликлинике
- б) в санатории
- в) в стационаре уже в активной фазе болезни
- г) после выписки из санатория в поликлинике

062. Ребенок госпитализирован на 2-й день от начала артрита. Температура 37. 8 С, боль и припухлость суставов сохраняется. Систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ - 45 мм/ч. Необходимо назначить все перечисленное, кроме

- а) пенициллина
- б) преднизолона
- в) ацетилсалициловой кислоты
- г) левомецетина

063. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев. Активность ревматизма стихла. После выписки ему необходимо рекомендовать

- а) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5
- б) бициллин-3
- в) пенициллин
- г) эритромицин
- д) преднизолон

064. У ребенка, больного ревматизмом, на второй неделе лечения может быть проведена следующая функциональная проба

- а) 20 подскоков
- б) 15 приседаний
- в) 5 перемен положения в постели (переход из положения лежа в положение сидя)
- г) велоэргометрия

065. За осуществление реабилитации детей, перенесших атаку ревматизма, в поликлинике отвечают

- а) физиотерапевт
- б) участковый педиатр
- в) ЛОР-специалист
- г) врач ЛФК

066. Ребенку 10 лет. Диагноз: ревматизм, 1 атака, активная фаза, активность III степени, миокардит, полиартрит. Этому ребенку можно назначить ЛФК лежа

- а) через 1 месяц от начала атаки
- б) через 2 недели от начала атаки
- в) через 2 месяца от начала атаки
- г) после выписки из стационара

067. Недостаточность кровообращения у ребенка в возрасте 3 месяцев обычно не является следствием

- а) фиброэластоза
- б) ревматического кардита
- в) врожденного порока сердца
- г) пароксизмальной тахикардии

068. Нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуются

- а) при ревматизме
- б) при ревматоидном артрите
- в) при болезни Верльгофа
- г) при посттравматическом артрите

069. Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать

- а) усиление тромбообразования
- б) повышение артериального давления
- в) возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
- г) гипергликемию
- д) все перечисленное

070. Преднизолон оказывает все перечисленные действия, за исключением

- а) противовоспалительного
- б) антигистаминного
- в) иммуносупрессивного
- г) антикоагулянтного

071. При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно
- консультацию окулиста
 - полный анализ крови
 - рентгенографию (для выявления остеопороза костей)
 - измерение артериального давления
072. В случае аллергии к пенициллину следует назначить
- ампициллин
 - бициллин
 - оксациллин
 - цепорин
073. Наиболее целесообразной комбинацией антибиотиков при перикардите, обусловленном стафилококком, является
- пенициллин и ампициллин
 - пенициллин и эритромицин
 - оксациллин и пенициллин
 - ампициллин и оксациллин
074. К группе нестероидных противовоспалительных препаратов не относится
- ацетилсалициловая кислота
 - диклофенак
 - индоцид
 - преднизолон
075. Аминохинолиновые препараты могут применяться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- пузырно-мочеточникового рефлюкса
 - ревматоидного артрита
 - гломерулонефрита
 - ревматизма
076. Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании
- вольтарена
 - папаверина
 - тавегила
 - супрастина
077. У ребенка с анемией могут применяться все препараты, кроме
- пенициллина
 - левомицетина
 - сульфаниламидов
 - нитрофурановых производных
078. Препарат, который может вызвать гипертензию
- бруфен
 - неробол
 - преднизолон
 - β -адреноблокаторы
079. Гипертензию может вызвать прием
- индоцида
 - невиграмона
 - гепарина
 - нероболила
080. Препарат, который может давать гематологические осложнения
- супрастин
 - папаверин
 - бруфен
 - тавегил
081. При дистрофии миокарда показано назначение
- ацетилсалициловой кислоты
 - вольтарена
 - витамина В15, бенфотиамина
 - хлористого кальция
082. Более быстрое диуретическое действие оказывает
- гипотиазид
 - лазикс
 - фонурит

г) урегит

083. У детей раннего возраста для быстрой дигитализации предпочтительнее использовать

- а) дигитоксин в таблетках
- б) дигоксин в таблетках
- в) настой адониса
- г) изоланид в таблетках

084. На сократительную способность миокардита в большой степени влияет

- а) калий
- б) кальций
- в) натрий
- г) магний

085. Для гиперкоагуляции крови не характерно

- а) тромбоциты 450 000
- б) фибриноген 600 г/л
- в) гематокрит 50%
- г) гемоглобин 100 г/л

086. Агрегацию тромбоцитов уменьшают все препараты, кроме

- а) продектина
- б) эуфиллина
- в) строфантина
- г) дипиридамола

087. При тромбоцитопении не следует назначать

- а) сульфаниламиды пролонгированного действия
- б) димедрол
- в) ацетилсалициловую кислоты
- г) нитрофурановые производные

088. Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматизма. Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение

- а) 1 года
- б) 2 лет
- в) 3 лет
- г) 5 лет

089. Детям с ревматизмом в санатории проводят

- а) трудотерапию
- б) ЛФК
- в) бициллинопрофилактику
- г) санацию очагов инфекции
- д) все перечисленное

090. Состоянием, которое не относят к острой сердечно-сосудистой недостаточности, является

- а) пароксизмальная тахикардия
- б) обморок
- в) коллапс
- г) шок

091. При отеке легких наблюдаются все признаки, кроме

- а) одышки
- б) ортопноэ
- в) большого количества влажных хрипов в легких
- г) учащенного мочеиспускания

092. К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится

- а) бледность кожных покровов
- б) нитевидный пульс
- в) падение артериального давления
- г) гиперемия кожи

093. При отеке легких обычно не наблюдается

- а) тахикардия
- б) кашель
- в) пенная мокрота
- г) брадикардия

094. При отеке легких средствами неотложной терапии являются
- седуксен
 - наложение жгутов на ноги
 - лазикс
 - преднизолон
 - все перечисленные препараты
095. При отеке легких нецелесообразно
- назначение кислорода, насыщенного парами спирта
 - наложение жгутов на конечности
 - введение максимальных доз строфантина
 - применение преднизолона
096. Ортостатический коллапс может вызвать
- дибазол
 - резерпин
 - папаверин
 - анаприлин
097. При острой сердечно-сосудистой недостаточности показаны все препараты, кроме
- адреналина
 - преднизолона
 - метазона
 - анаприлина
098. Из перечисленных препаратов при коллапсе не показан
- преднизолон
 - адреналин
 - метазон
 - пипольфен
099. Соотношение артериального давления правильно, когда
- АД на руках и ногах одинаково
 - АД на руках выше, чем на ногах
 - АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.
100. Гипертония чаще всего наблюдается
- при системной красной волчанке
 - при геморрагическом васкулите
 - при узелковом периартериите
 - при открытом артериальном протоке
101. Высокую гипертензию чаще обуславливает
- порок развития сосудов почки
 - пиелонефрит
 - удвоение чашечно-лоханочной системы
 - наследственный нефрит
102. Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является
- цистография
 - измерение артериального давления на ногах
 - внутривенная урография
 - ренальная ангиография
103. Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией
- стеноз легочной артерии
 - стеноз аорты
 - коарктация аорты
 - дефект межпредсердной перегородки
104. Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является
- повышение в моче альдостерона
 - нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
 - артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
 - снижение в моче уровня катехоламинов
105. Узурь ребер характерны
- для вазоренальной гипертензии
 - для узелкового периартериита
 - для открытого артериального протока

г) для коарктации аорты

106. Ребенка с гипертензией обязательно консультировать

- а) у эндокринолога
- б) у невропатолога
- в) у окулиста
- г) у гинеколога

107. Из перечисленных препаратов к β -адреноблокаторам относится

- а) эфедрин
- б) анаприлин
- в) новокаинамид
- г) аймалин

108. При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет

- а) фонокардиограмма
- б) эхокардиограмма
- в) ЭКГ
- г) реокардиограмма

109. Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается

- а) при миокардите
- б) при выпотном перикардите
- в) при слипчивом перикардите
- г) при всем перечисленном

110. Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует

- а) оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
- б) ограничить физические нагрузки
- в) оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
- г) госпитализировать для обследования

111. Наиболее частой причиной возникновения желудочковой формы пароксизмальной тахикардии являются

- а) нейровегетативные сдвиги
- б) органическая патология сердца
- в) пневмония
- г) эндокринная патология

112. Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является

- а) рентгенография
- б) ЭКГ
- в) ФКГ
- г) исследование калия в крови

113. Прогноз наиболее серьезен

- а) при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии
- б) при желудочковой форме пароксизмальной тахикардии
- в) при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии с частыми приступами
- г) при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии, впервые появившейся на фоне ОРЗ

114. При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является

- а) частота сердечных сокращений 120 в минуту
- б) частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту
- в) частота сердечных сокращений 140 в минуту
- г) перебои (выпадения) сердечных сокращений

115. Для суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются

- а) ритм 130 в минуту, регулярный, суправентрикулярный (узкий) комплекс QRS
- б) ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- в) ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS
- г) ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS

116. Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются

- а) ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
- б) ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS
- в) ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
- г) ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS

117. Препаратом, с которого целесообразно начать выведение из приступа пароксизмальной тахикардии ребенка в возрасте 8 месяцев (ЭКГ не записывалась, артериальное давление измерить не удалось), является

- а) кокарбоксилаза или витамин В1 внутривенно, АТФ внутримышечно
 - б) дигоксин внутривенно
 - в) новокаионамид внутривенно
 - г) индерал внутрь
118. Выведение ребенка в возрасте 6 месяцев из приступа суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии целесообразно начать с введения
- а) новокаионамида
 - б) индерала внутрь
 - в) дигоксина
 - г) мезатона, затем изоптина внутривенно
119. Начинать выведение ребенка 8 лет из приступа пароксизмальной тахикардии при АД 90/60 мм рт. ст. целесообразнее с применения
- а) адреналина внутривенно
 - б) дигоксина внутримышечно
 - в) индерала внутривенно
 - г) изоптина и кокарбоксилазы внутривенно
120. Лучшим препаратом для профилактики суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии у ребенка в возрасте 3 месяцев является
- а) резерпин
 - б) хинидин
 - в) дигоксин
 - г) фенобарбитал
121. Для профилактики частых приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии ребенку 10 лет с синдромом предвозбуждения желудочков более эффективен
- а) анаприлин внутрь
 - б) строфантин
 - в) новокаионамид внутрь
 - г) кордарон внутрь
122. Ребенок, страдающий пароксизмальной тахикардией нейровегетативного генеза, может заниматься физкультурой в школе в общей группе
- а) через 1 месяц после приступа
 - б) через 6 месяцев после приступа
 - в) через 1 год после приступа
 - г) через 5 лет после приступа
123. У детей в активной фазе ревматизма нередко наблюдается
- а) ортоградная неполная АВ-блокада I степени
 - б) ортоградная неполная АВ-блокада II степени (периоды Самойлова - Венкебаха)
 - в) полная АВ-блокада
124. При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается
- а) аритмия
 - б) ритм 50-60 ударов в минуту
 - в) ритм 90 ударов в минуту
 - г) дефицит пульса
125. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы
- а) резкого цианоза
 - б) потери сознания
 - в) сердцебиения
 - г) одышечно-цианотические
126. В случае приступа Морганьи - Эдемса - Стокса при атриовентрикулярной блокаде к средствам неотложной терапии не относится
- а) строфантин
 - б) атропин
 - в) адреналин
 - г) закрытый массаж сердца
127. Для вегетодистонии по симпатикотоническому типу не характерны
- а) мраморность кожи, акроцианоз
 - б) белый дермографизм
 - в) склонность к гипертермии
 - г) беспокойный сон

128. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны
- а) гипергидроз
 - б) тахикардия
 - в) красный дермографизм
 - г) склонность к обморокам
129. Тяжелый изолированный миокардит чаще наблюдается
- а) при ревматизме
 - б) при септическом кардите
 - в) при поствирусном кардите
 - г) при системной красной волчанке
130. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается
- а) систолодиастолический шум
 - б) длинный дующий систолический шум на верхушке
 - в) мезодиастолический шум
 - г) глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум
131. Для постинфекционного миокардита характерно
- а) СОЭ - 60 мм/ч
 - б) гипер- γ -глобулинемия до 25%
 - в) СОЭ - 25 мм/ч
 - г) ДФА - 400 единиц оптической плотности
132. Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель
- а) уровень иммуноглобулина IgG
 - б) мочевины
 - в) С-реактивный белок
 - г) сиаловая реакция
133. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается эндокард
- а) митрального клапана
 - б) аортального клапана
 - в) трехстворчатого клапана
 - г) легочной артерии
134. Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы
- а) лихорадка
 - б) поражение аортального клапана
 - в) увеличение СОЭ
 - г) гиперкоагуляция
 - д) все перечисленные
135. В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеет
- а) рентгенограмма сердца
 - б) ФКГ
 - в) реограмма
 - г) исследование внешнего дыхания
136. При поствирусном миокардите следует назначить
- а) кофеин
 - б) кордиамин
 - в) дигоксин
 - г) индерал (анаприлин)
137. Инфекционно-токсическую кардиопатию (дистрофию миокарда) при пневмонии характеризует
- а) нарушение проводимости (удлинение PQ)
 - б) перегрузка левого желудочка
 - в) блокада левой ножки пучка Гиса
 - г) снижение зубца Т
138. Амилоидоз чаще осложняет
- а) ревматоидный артрит
 - б) ревматизм
 - в) лейкоз
 - г) системную красную волчанку
139. При инфекционно-токсической кардиопатии (дистрофии миокарда) наиболее целесообразно назначить
- а) оротат калия
 - б) преднизолон

- в) кордиамин
- г) пенициллин

140. Дистрофия миокарда может возникнуть у детей

- а) при аллергических реакциях
- б) при эндокринных заболеваниях
- в) при сепсисе и остеомиелите
- г) при ожирении
- д) при всем перечисленном

141. Наиболее точным методом определения сердечных границ является

- а) пальпация
- б) перкуссия
- в) рентгеноскопия
- г) рентгенография

142. Увеличение границ сердца в наибольшей степени зависит от состояния

- а) миокарда
- б) эндокарда
- в) подклапанных структур

143. Для правильной оценки звуков сердечной деятельности аускультацию ребенка необходимо проводить в положении

- а) лежа и стоя
- б) стоя
- в) лежа
- г) сидя

144. Аускультативные данные уточняются

- а) реокардиограммой
- б) апекскардиограммой
- в) эхокардиограммой
- г) тахисциллограммой
- д) фонокардиограммой

145. В норме у ребенка во 2-м межреберье слева соотношение тонов

- а) I тон равен II тону
- б) II тон слабее I тона
- в) I, II, III тоны равны
- г) I тон громче II тона
- д) II тон громче I тона

146. Соотношение тонов на верхушке сердца в норме

- а) I тон громче II тона
- б) I и II тоны равной интенсивности
- в) II тон громче I тона
- г) I, II, III тоны равной интенсивности

147. Диагностическая ценность ФКГ особенно повышается

- а) при самостоятельном исследовании
- б) в комплексе с другими инструментальными методами
- в) в комплексе с другими лабораторными методами
- г) в комплексе с клиническими наблюдениями
- д) при сочетании всех указанных методов

148. Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией

- а) аортального клапана
- б) митрального клапана
- в) трехстворчатого клапана
- г) легочной артерии

149. Водителем сердечного ритма в норме является

- а) атриовентрикулярное соединение
- б) синусовый узел
- в) центры правого предсердия
- г) клетки в нижней части предсердия

150. На электрокардиограмме в большей степени отражается содержание

- а) калия
- б) кальция
- в) натрия

г) магния

151. У девочки 12 лет отмечаются периодические колющие боли в области сердца. Ей необходимо назначить прежде всего

- а) клинический анализ крови и ЭКГ
- б) ФКГ
- в) рентгенографию сердца
- г) пробу с физической нагрузкой

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

- а) ЭКГ
- б) апекскардиограмму
- в) реокардиограмму
- г) пробу с физической нагрузкой
- д) велоэргометрию

153. Исследование, обязательно показанное грудному ребенку перед назначением плавания

- а) ФКГ
- б) рентгенограмма сердца
- в) тахисцилография
- г) ЭКГ

154. Метод электрокардиографии отражает меньше всего

- а) автоматизм
- б) проводимость
- в) возбудимость
- г) сократимость

155. Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно

- а) гипертрофия межжелудочковой перегородки
- б) увеличение полости левого желудочка
- в) увеличение полости правого желудочка
- г) гипертрофия предсердий

156. Для дилатационной кардиомиопатии характерно

- а) гипертрофия левого желудочка
- б) увеличение полостей желудочков
- в) гипертрофия правого желудочка
- г) гипертрофия межжелудочковой перегородки

157. Перед началом занятий в спортивной секции обязательным является проведение

- а) ЭхоКГ
- б) ФКГ
- в) ЭКГ
- г) рентгенографии

158. Грудному ребенку перед назначением плавания нужно сделать ЭКГ, так как

- а) ЭКГ - не инвазивный метод
- б) ЭКГ дает информацию, которую нельзя получить при клиническом исследовании (аускультации, перкуссии)
- в) ЭКГ уточняет данные аускультации
- г) ЭКГ позволит осуществлять наблюдение в динамике

159. Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно

- а) ЭхоКГ
- б) рентгенограмма
- в) радиоизотопное исследование
- г) ЭКГ + ФКГ + рентгенограмма

160. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа - Паркинсона - Уайта) составляет

- а) 0. 14 с
- б) 0. 10 с
- в) 0. 18 с
- г) 0. 20 с

161. PQ на ЭКГ школьника равно

- а) 0. 18 с
- б) 0. 20 с
- в) 0. 22 с

162. QRS на ЭКГ школьника равен
0. 05 с
 0. 08 с
 0. 10 с
 0. 04 с
163. В норме зубец Р у детей в III отведении должен быть
- положительным
 - отрицательным
 - отсутствует (изоэлектричен)
164. В норме у грудных детей на ЭКГ преобладают потенциалы
- правого желудочка
 - левого желудочка
 - увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочков
165. Зубец Т в отведениях II, V5, V6 регистрируется
- отрицательный
 - положительный
 - (+ -)
 - изоэлектрический
166. Сократительную способность миокарда можно оценить с помощью всех перечисленных методов функциональной диагностики, за исключением
- фонокардиографии
 - правожелудочковой кардиографии
 - левожелудочковой кардиографии
 - эхокардиографии
167. Сократительную способность миокарда можно оценить с помощью всех перечисленных методов функциональной диагностики, за исключением
- правожелудочковой кардиографии
 - левожелудочковой кардиографии
 - электрокардиографии
 - ультразвукового исследования
168. Снижение зубца Т на ЭКГ может быть вызвано всем, кроме
- гиперкалиемии
 - гипокалиемии
 - инфекционно-токсической кардиопатии при пневмонии
 - тяжелой аллергической реакции
169. Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
- ревматизма
 - идиопатической кардиомиопатии
 - пароксизмальной тахикардии
 - перикардита
170. Диспансерное наблюдение у кардиоревматолога не требуется детям
- с неполной блокадой правой ножки пучка Гисса
 - с синдромом увеличенного интервала QT
 - с синдромом Вольфа - Паркинсона - Уайта
 - с неполной АВ-блокадой
171. Для неполной атриовентрикулярной блокады I степени у ребенка 5 лет характерно
- PQ=0. 18
 - PQ=0. 20
 - PQ=0. 25
 - все указанные величины
172. Для неполной атриовентрикулярной блокады I степени у ребенка 14 лет характерно
- PQ=0. 22
 - PQ=0. 18
 - PQ=0. 16
 - все указанные величины
173. Эхокардиография четко выявляет перечисленные заболевания, кроме
- врожденного порока сердца
 - идиопатических кардиомиопатий

- в) опухоли левого предсердия
- г) выпотного перикардита
- д) функциональной кардиопатии

174. Ультразвуковое исследование сердца не позволяет оценить

- а) размеров полостей сердца
- б) состояния сердечных клапанов
- в) состояния межжелудочковой перегородки
- г) ударного и минутного объема сердца
- д) насыщения крови кислородом

175. Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является

- а) ЭКГ
- б) ультразвуковое исследование
- в) ФКГ
- г) рентгенограмма сердца

176. Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является следующий метод исследования

- а) ЭКГ
- б) рентгенография
- в) векторкардиография
- г) эхокардиография

177. Для дифференциации недостаточности митрального клапана и дефекта межжелудочковой перегородки наиболее информативно

- а) фонокардиография
- б) рентгенография
- в) векторкардиография
- г) эхокардиография

178. Внутриутробно отсутствует

- а) овальное окно
- б) отверстие в межжелудочковой перегородке
- в) араниев проток
- г) артериальный проток

179. Закрытие артериального протока у ребенка наблюдается в возрасте

- а) 3-4 лет
- б) до 6 месяцев
- в) до 12 месяцев
- г) до 1 месяца

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

- а) высокое СОЭ
- б) рентгенологические данные
- в) определение иммуноглобулинов
- г) утолщение костальной плевры

181. В пользу туберкулезного гонита не свидетельствует

- а) контакт с бабушкой, длительно страдающей хроническим заболеванием легких
- б) положительная проба Манту
- в) петрификат в легких
- г) изменения в сердце (длинный систолический шум на верхушке)

182. К прямым антикоагулянтам относится

- а) фенилин
- б) дипиридамол
- в) гепарин
- г) дикумарин

183. К непрямым антикоагулянтам относятся

- а) курантил
- б) гепарин
- в) аспирин
- г) фенилин

184. Прямые антикоагулянты уменьшают свертывание крови

- а) только при введении препарата в организм

- б) и в организме, и в пробирке
- в) требуют наличия предшественников

185. К препаратам, уменьшающим агрегацию тромбоцитов, не относятся

- а) трентал
- б) дипиридамол
- в) фенилин
- г) стугерон

186. Нестероидные противовоспалительные препараты не обладают действием

- а) антипиретическим
- б) анальгетическим
- в) дезагрегантным
- г) повышающим активность ферментов

187. Нестероидные противовоспалительные препараты могут определять все перечисленные эффекты, за исключением

- а) повышения секреции желудка
- б) увеличения кровоточивости
- в) уменьшения активности внутриклеточных ферментов
- г) усиления сократимости сердца

188. К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится

- а) пироксикам
- б) напросин
- в) дисферал
- г) флугалин

189. Наиболее эффективным считается метод введения гепарина

- а) внутримышечно
- б) подкожно
- в) под язык
- г) в свечах

190. К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся

- а) полькортолон
- б) метипред
- в) урбазон
- г) пироксикам

191. К гормональным противовоспалительным препаратам относятся

- а) напросин
- б) ибупрофен
- в) метипред
- г) фенилбутазол

192. Ребенку в первые дни активной фазы ревматизма рекомендуется

- а) стол без соли и без мяса
- б) общий стол
- в) гипохлоридный стол с хорошей кулинарной обработкой
- г) разгрузочный стол фруктовый

193. Во время гормональной терапии при ревматизме рекомендуется включать в диету

- а) творог и кефир
- б) овощные и фруктовые салаты
- в) печеный картофель
- г) все перечисленное

194. Наибольшим кумулятивным действием обладает

- а) целанид
- б) дигоксин
- в) дигитоксин
- г) ланикор

195. Вегетодистония не может быть следствием

- а) невроза
- б) перенесенной нейроинфекции
- в) перинатальной патологии
- г) пролапса митрального клапана

196. Для диагностики вегетодистонии целесообразно провести

- а) клиноортостатическую пробу
- б) велоэргометрию
- в) УЗИ сердца
- г) исследование внешнего дыхания

197. При системной красной волчанке могут наблюдаться все перечисленные поражения печени, за исключением

- а) гепатита
- б) жировой дистрофии печени
- в) увеличения вследствие перикардита
- г) поликистоза печени

198. О цитолизе (о гепатите) с наибольшей достоверностью свидетельствует

- а) повышение трансаминаз
- б) повышение билирубина
- в) ретикулоцитоз
- г) сулемовая проба

199. Амилоидоз чаще развивается

- а) при ревматизме
- б) при ревматоидном артрите
- в) при склеродермии
- г) при гломерулонефрите

200. Для амилоидоза не характерно

- а) повышение фибриногена
- б) тромбоцитоз
- в) диспротеинемия
- г) нормальная СОЭ

201. Для периодической болезни не характерно

- а) суставной синдром
- б) боли в животе
- в) периодическая лихорадка
- г) кардит

202. Для выявления амилоидоза наиболее информативно

- а) определение иммуноглобулинов
- б) биопсия слизистой оболочки прямой кишки
- в) биопсия слизистой оболочки десен
- г) биопсия пораженного органа

203. К амилоидозу чаще приводит

- а) иерсиниоз
- б) периодическая болезнь
- в) ревматизм
- г) системная красная волчанка

204. На выработку антител влияют все перечисленные клетки, кроме

- а) мастоцитов (тучные клетки)
- б) плазматических клеток
- в) лимфоцитов
- г) макрофагов

205. Для системной красной волчанки характерно повышение иммуноглобулинов крови класса

- а) IgA
- б) IgM
- в) IgG
- г) IgE

206. Наиболее частой причиной стойкого повышения артериального давления в детском возрасте является

- а) вегетососудистая дистония
- б) болезни почек
- в) гипертоническая болезнь

207. Дрожание во 2-м межреберье слева чаще определяется

- а) при дефекте межжелудочковой перегородки
- б) при дефекте межпредсердной перегородки
- в) при открытом артериальном протоке
- г) при митральной недостаточности

208. Акцент II тона на легочной артерии наблюдается
- при транспозиции аорты
 - при аномальных коронарных сосудах
 - при легочной гипертензии
 - значения не имеет
209. Снижение диастолического давления характерно
- для анемии
 - для открытого артериального протока
 - для стеноза аорты
 - для митральной недостаточности
210. Низкий рост, грубые черты лица, деформация позвоночника, увеличение печени и селезенки, патологии глаз характерны
- для гликогеноза
 - для мукополисахаридоза
 - для галактоземии
 - для болезни де Тони - Дебре - Фанкони
211. При длительном приеме высоких доз витамина D возникает риск развития
- анемии
 - задержки роста
 - нарушения функции почек
212. Ревматоидный фактор представляет
- лимфокины
 - фракцию комплемента
 - медиаторы воспаления
 - иммуглобулины
213. Высокий титр АСЛО свидетельствует
- о ревматоидном артрите
 - об инфекции b-гемолитическим стрептококком
 - о сверхчувствительности к стафилококку
 - о снижении резистентности организма
214. Учительница обратила внимание родителей на то, что девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, у нее испортился почерк, плохо выполняет задания на уроках труда. В этой ситуации следует подумать
- о неврозе
 - об ослаблении зрения
 - о хорее
 - о неврите периферических нервов
215. Для дерматомиозита наиболее характерно
- плевропневмония
 - артрит
 - отек Квинке
 - кальциноз
216. Лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, полиартрит наиболее характерны
- для ревматизма
 - для ревматоидного артрита
 - для инфекционного мононуклеоза
 - для узелкового периартериита
217. Поражение глаз характерно
- для болезни Шенлейна - Геноха
 - для дерматомиозита
 - для ревматизма
 - для ревматоидного артрита
218. Амилоидоз чаще осложняет
- лейкоз
 - ревматоидный артрит
 - ревматизм
 - гломерулонефрит
219. Артрит "летучего" характера, появившийся после ангины, заставляет прежде всего предполагать
- ревматоидный артрит
 - атаку ревматизма

- в) синдром Шенлейна - Геноха
- г) системную красную волчанку

220. Критерии Киселя - Джонса используются в диагностике

- а) ревматоидного артрита
- б) ревматизма
- в) красной волчанки
- г) саркоидоза

221. Для активного ревматического процесса характерно: 1) кардит 2) хорея 3) артрит 4) ревматические узелки

- а) правильно 1, 2
- б) правильно 1, 3
- в) правильно 2, 3
- г) все ответы правильны

222. К основным диагностическим критериям ревматизма не относится

- а) хорея
- б) артрит
- в) узелки суставных поверхностей кости
- г) кольцевидная (анулярная) сыпь

223. Амилоидоз обычно не осложняет

- а) ревматоидный артрит
- б) лимфогранулематоз
- в) болезнь Шенлейна - Геноха
- г) хронический остеомиелит

224. В диагностические критерии системной красной волчанки не входит

- а) утренняя скованность суставов
- б) эритема на лице в виде "бабочки"
- в) LE-клетки
- г) антинуклеарный фактор

225. Ингибитором простагландинов не является

- а) кверсалин
- б) пироксикам
- в) бутадиион
- г) цедекс

226. Ингибитором простагландинов является

- а) ретаболил
- б) аспирин
- в) тобромицин
- г) резерпин

227. Форма сердца на рентгенограмме в виде "деревянного голландского башмачка" характерна

- а) для перикардита
- б) для аномального тотального дренажа легочных вен в верхнюю полую вену
- в) для тетрады Фалло
- г) для коарктации аорты

228. Форма сердца на рентгенограмме, напоминающая цифру "8", наблюдается

- а) при тетраде Фалло
- б) при атрезии трехстворчатого клапана
- в) при тотальном аномальном впадении легочных вен
- г) при открытом артериальном протоке

229. Кардиоторакальное отношение менее 50% (размер сердца менее половины размера грудной клетки) характерно

- а) для открытого артериального протока
- б) для среднего размера сердца
- в) для тетрады Фалло
- г) для перикардита

230. Для какого врожденного порока у грудного ребенка характерна на ЭКГ картина инфаркта (глубокий зубец Q, смещение ST, отрицательный T в отведениях I, V5, V6) ?

- а) для тетрады Фалло
- б) для аномального отхождения левой коронарной артерии
- в) для коарктации аорты
- г) для атрезии трехстворчатого клапана

231. При тетраде Фалло не наблюдается
- общий цианоз
 - приседание на корточки
 - отклонение оси ЭКГ вправо
 - резкое увеличение границы сердца влево
232. При тетраде Фалло не наблюдается
- декстропозиция аорты
 - стеноз легочной артерии
 - стеноз аорты
 - гипертрофия стенки правого желудочка
233. Для тетрады Фалло не характерно
- вынужденное положение
 - одышка
 - приступы цианоза
 - бессимптомное течение
234. Конъюнктивит часто наблюдается
- при ревматоидном артрите
 - при синдроме Рейтера
 - при ревматизме
 - при склеродермии
235. Уретритом сопровождается
- ревматизм
 - ревматоидный артрит
 - синдром Рейтера
 - полициклический ревматизм
236. Утренняя скованность чаще наблюдается
- при ревматизме
 - при ревматоидном артрите
 - при СКВ
 - при реактивном артрите
237. Инсоляция провоцирует развитие
- ревматизма
 - системной красной волчанки
 - реактивного артрита
 - синдрома Рейтера
238. Артралгии у детей часто наблюдаются
- при экссудативно-катаральной конституции
 - при нервно-артритической конституции
 - при лимфатической конституции
 - у детей с перинатальной патологией
239. Эуфиллин может вызывать все, кроме
- тахикардии
 - экстрасистолии
 - атриовентрикулярной блокады
 - увеличения сердечного выброса
240. Теофиллин может обусловить следующие проявления, кроме
- увеличения диуреза
 - увеличения минутного объема сердца
 - уменьшения одышки
 - замедления проводимости
241. При каком состоянии нецелесообразно назначать атропин, кроме
- экстрасистолии
 - эктопической постоянной тахикардии
 - синдрома преждевременного возбуждения желудочков
 - атриовентрикулярной блокады I степени
242. Улучшают микроциркуляцию следующие препараты, кроме
- трентала
 - стугерона
 - аспирина

г) делагила

243. Антикоагуляционные свойства более выражены

- а) у ортофена
- б) у кверсалина
- в) у напросина
- г) у бутадiona

244. Артериальное давление в большей степени может повышать

- а) аспирин
- б) индоцин
- в) напросин
- г) парацетамол

245. Дисфагия нередко наблюдается при следующих заболеваниях, кроме

- а) системной красной волчанки
- б) дерматомиозита
- в) ревматоидного артрита
- г) системной склеродермии

246. Артрит на 2-3 неделе заболевания чаще развивается

- а) при иерсиниозе
- б) при стафилококковой пневмонии
- в) при сальмонеллезе
- г) при дифтерии

247. Пироксикам рекомендуется назначать

- а) 1 раз в день
- б) 3 раза в день
- в) 4 раза в день
- г) каждые 6 часов

248. Напросин (напроксен) рекомендуется назначать

- а) 1 раз в день
- б) 2 раза в день
- в) 4 раза в день
- г) каждые 6 часов

249. Наиболее достоверным для диагноза системной красной волчанки является

- а) пневмония
- б) артрит коленных суставов
- в) папулезная сыпь вокруг суставов
- г) синдром Рейно

250. Предполагать возможность системной красной волчанки у девочки заставляет следующие сочетания симптомов

- а) сыпь на лице, артрит, лихорадка
- б) гемолитическая анемия, нарушение походки и легкий гиперкинез, в крови лейкоциты - 4100, г-глобулины - 24%
- в) артрит фаланговых суставов кисти, температура 37. 5-37. 8 С, СОЭ - 20 мм/час, единичные LE-клетки в крови
- г) все перечисленные

251. Обязательно назначаются для подтверждения диагноза системной красной волчанки

- а) УЗИ внутренних органов
- б) коагулограмма
- в) анализ крови на наличие LE-клеток
- г) сцинтиграфия почек

252. Какие поражения могут наблюдаться при системной красной волчанки

- а) периодическая папулезная сыпь
- б) гемолитическая анемия
- в) гематурия и протеинурия
- г) все перечисленные

253. Для дерматомиозита характерны все перечисленные симптомы, за исключением

- а) лиловая эритема вокруг глаз
- б) красная сыпь на лице, напоминающая бабочку
- в) мышечные поражения (полимиозит)
- г) креатинурия

254. Для дерматомиозита не характерно

- а) кальциноз мышц

- б) дисфагия
- в) сохранение движений в дистальных отделах конечностей
- г) геморрагическая сыпь

255. Существенное диагностическое значение при узелковом периартериите имеют

- а) узелки по ходу сосудов
- б) астмоподобный синдром
- в) гиперэозинофилия
- г) все перечисленные

256. Для узелкового периартериита не характерно

- а) эндокардит пристеночный
- б) периферический неврит
- в) сосудистое ливедо
- г) геморрагические высыпания

257. Почки реже поражаются

- а) при системной красной волчанке
- б) узелковом периартериите
- в) склеродермии
- г) геморрагическом васкулите

258. Противопоказанием для занятий физкультурой в основной группе является

- а) синдром удлиненного интервала QT
- б) синдром преждевременного возбуждения желудочков
- в) экстрасистолы более 10 в минуту
- г) все перечисленное

259. Ногти редко поражаются

- а) при ревматизме
- б) при системной красной волчанке
- в) при склеродермии
- г) при псориазе

260. Артрит обычно не бывает симптомом

- а) псориаза
- б) болезни Рейтера
- в) иерсиниоза
- г) дифтерии

261. Для ревматических болезней не характерно

- а) увеличение γ -глобулинов крови
- б) снижение γ -глобулинов крови
- в) повышение иммуноглобулинов крови
- г) снижение альбуминов крови

262. К негормональным анаболическим препаратам относится

- а) неробол
- б) ретаболил
- в) мерказолил
- г) оротат калия

263. Гормон передней доли гипофиза

- а) альдостерон
- б) тироксин
- в) АКТГ
- г) кортизол

264. Гормональный анаболический препарат

- а) карнитин
- б) рибоксин
- в) неробол
- г) оротат калия

265. Катаболическим действием обладает

- а) неробол
- б) карнитин
- в) адреналин
- г) преднизолон

266. Гормон мозгового вещества надпочечников

- а) кортизол
- б) адреналин
- в) АКТГ
- г) альдостерон

267. Гормоном коры надпочечников не является

- а) андрогены
- б) адреналин
- в) кортизол
- г) альдостерон

268. К негормональным препаратам с анаболическим действием не относится

- а) оротат калия
- б) рибоксин
- в) карнитин
- г) неробол

269. Из перечисленных осложнений для дифтерии не характерно

- а) дистрофия миокарда
- б) миокардит
- в) аортоартериит
- г) полирадикулоневрит

270. Ребенок перенес пневмонию с инфекционно-токсической кардиопатией. В этой ситуации противодифтерийную прививку можно проводить

- а) через 1 год
- б) через 2 года
- в) через 6 месяцев
- г) через 1 месяц

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-В | 002-В | 003-Б | 004-Г | 005-В | 006-В | 007-Б |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-В | 012-Г | 013-Г | 014-А |
| 015-Г | 016-Г | 017-Д | 018-А | 019-В | 020-Г | 021-В |
| 022-В | 023-Б | 024-В | 025-Б | 026-А | 027-Б | 028-Г |
| 029-Г | 030-Б | 031-Г | 032-В | 033-Г | 034-Г | 035-Б |
| 036-Д | 037-Г | 038-Г | 039-В | 040-А | 041-Б | 042-В |
| 043-Б | 044-Б | 045-Г | 046-Б | 047-В | 048-Г | 049-А |
| 050-А | 051-Б | 052-В | 053-В | 054-Г | 055-Г | 056-Г |
| 057-А | 058-Г | 059-Д | 060-А | 061-В | 062-Г | 063-А |
| 064-В | 065-Б | 066-Б | 067-Б | 068-В | 069-Д | 070-Г |
| 071-Б | 072-Г | 073-Г | 074-Г | 075-А | 076-А | 077-Б |
| 078-В | 079-А | 080-В | 081-В | 082-Б | 083-Б | 084-Б |
| 085-Г | 086-В | 087-В | 088-Г | 089-Д | 090-А | 091-Г |
| 092-Г | 093-Г | 094-Д | 095-В | 096-Г | 097-Г | 098-Г |
| 099-В | 100-В | 101-А | 102-Г | 103-В | 104-В | 105-Г |
| 106-Г | 107-Б | 108-В | 109-Г | 110-Г | 111-Б | 112-Б |
| 113-Б | 114-Б | 115-Г | 116-В | 117-А | 118-Г | 119-Г |
| 120-В | 121-Г | 122-Г | 123-А | 124-Б | 125-Б | 126-А |
| 127-А | 128-Б | 129-В | 130-Г | 131-В | 132-Б | 133-Б |
| 134-Д | 135-А | 136-В | 137-Г | 138-А | 139-А | 140-Д |
| 141-Г | 142-А | 143-А | 144-Д | 145-Д | 146-А | 147-Д |
| 148-Б | 149-Б | 150-А | 151-А | 152-А | 153-Г | 154-Г |
| 155-А | 156-Б | 157-В | 158-Б | 159-А | 160-Б | 161-А |
| 162-Б | 163-А | 164-А | 165-Б | 166-А | 167-В | 168-А |
| 169-В | 170-А | 171-Г | 172-А | 173-Д | 174-Д | 175-Б |
| 176-Г | 177-Г | 178-Б | 179-Г | 180-Б | 181-Г | 182-В |
| 183-Г | 184-Б | 185-В | 186-Г | 187-Г | 188-В | 189-Б |
| 190-Г | 191-В | 192-В | 193-Г | 194-В | 195-Г | 196-А |
| 197-Г | 198-А | 199-Б | 200-Г | 201-Г | 202-Г | 203-Б |
| 204-А | 205-В | 206-Б | 207-В | 208-В | 209-Б | 210-Б |
| 211-В | 212-Г | 213-Б | 214-В | 215-Г | 216-Б | 217-Г |
| 218-Б | 219-Б | 220-Б | 221-Г | 222-В | 223-В | 224-А |
| 225-Г | 226-Б | 227-В | 228-В | 229-Б | 230-Б | 231-Г |
| 232-В | 233-Г | 234-Б | 235-В | 236-Б | 237-Б | 238-Б |
| 239-В | 240-Г | 241-Г | 242-Г | 243-Б | 244-Б | 245-В |
| 246-А | 247-А | 248-Б | 249-Г | 250-Г | 251-В | 252-Г |
| 253-Б | 254-Г | 255-Г | 256-А | 257-В | 258-Г | 259-А |
| 260-Г | 261-Б | 262-Г | 263-В | 264-В | 265-Г | 266-Б |
| 267-Б | 268-Г | 269-В | 270-В | | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Больная З., 3 лет, 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 до настоящего времени 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 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Клинический анализ крови: Hb – 148 г/л, Эр -4, 9×10^{12} /л, Ц.п.- 0,9, Лейкоциты - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность - 1014, белок – отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

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, АЛТ – 23 ЕД/л (норма – до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма – до 40), серомукоид - 0,180 (норма – до 0,200).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол» ?
4. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения ?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Сроки оперативного лечения.
7. С какой целью проводилась новорожденному ребенку закрытая атриосептостомия?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
9. Назовите неблагоприятные факторы, способствующие формированию врожденных пороков сердца у детей?
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков синего типа?

ЗАДАЧА 2

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и усиление цианоза при физическом и эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов – с 6-месячного возраста. При

кормлении отмечается быстрая утомляемость, 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 средне-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: гематокрит – 49% (норма 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк – $6,1 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 26%, э – 1%, л- 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1004, белок, глюкоза – отсутствуют, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, эритроциты – отсутствуют, цилиндры – 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, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180 (норма до 0,200)

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 62 мм.рт.ст. (норма 80-100), р СО₂ – 50 мм.рт.ст. (норма 36-40), рН- 7,29, ВЕ = -8,5 ммоль/л (норма - 2,0 - +2,0).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление таких симптомов как «барабанные палочки» и «часовые стекла»?
5. В какие сроки жизни появляется диффузный цианоз при этом пороке – с рождения или позже? Почему?
6. Чем объяснить наличие у ребенка тахикардии и одышки?
7. Какие изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
8. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9. Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в данной ситуации?
10. Определите терапевтическую тактику.
11. Каковы наиболее частые осложнения оперативного лечения данного порока?
12. Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?

ЗАДАЧА 3

Девочка, 13 лет, поступила впервые в связи 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.

Из анамнеза известно, что девочка от III беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в III триместре, II срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. С 1 года 4 месяцев наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На ЭХО–КГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечают: возбудимость, мраморность дистальных отделов кожных покровов, похолодание стоп, умеренный акротрофогипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца – усиление I тона на верхушке, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. Выслушивается систолический шум с р.мах. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк – $5,1 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 63%, л – 30%, э – 2%, м – 3%, СОЭ – 7 мм/час;

Общий анализ мочи: удельный вес - 1021, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоц. 3 – 4 в п/зр, эритроц. - нет, эпителий плоский - 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 - 86 мкмоль/л; мочевины - 2,7 ммоль/л; АЛАТ - 19 ЕД/л; АсАТ - 34 ЕД/л; глюкоза - 3,57 ммоль/л; холестерин – 4,06 ммоль/л; калий - 4,6 ммоль/л; натрий - 145 ммоль/л; кальций общ. - 2,32 ммоль/л; фосфор - 1,29 ммоль/л; альфа–амилаза - 40 ЕД/л; ЩФ - 262 ЕД/л (N – 70-140).

ЭКГ: повышение электрической активности биопотенциалов левого желудочка, сглаженность зубца Т в отведениях V 5-6.

ЭХО – КГ: пролапс митрального клапана I ст., регургитация I +.

СМАД: – превышение показателей среднего 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 13 лет.
6. Назовите группы гипотензивных препаратов, используемых в педиатрии.
7. Какие органы – мишени поражаются при артериальной гипертензии?
8. К какой группе препаратов относится каптоприл? Укажите его лечебные и возможные побочные эффекты. Из какого расчёта он назначается?
9. Консультации каких специалистов необходимы ребёнку?

ЗАДАЧА 4

Ира К., 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.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой 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 удовлетворительно. 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 минуту. ЧСС – 77 в 1 минуту. 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: Нв 120 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: синусовый ритм с частотой 77-80 в 1 минуту, 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.

ЭхоКГ : 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. С какими специалистами следует 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.
10. Перечислите классы антиаритмических препаратов.

ЗАДАЧА 5

Больной Р., 1 года 4 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.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 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, 5⁰С.

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, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я -5 %, с- 47%, э – 1%, б- 1%, м - 3%, л – 43%, СОЭ -11 мм/час. Был госпитализирован с диагнозом: «Железодифицитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении состояние тяжелое. Выражена 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 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд/ мин. Печень + 7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи : относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

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
9. Каков прогноз данного заболевания

ЗАДАЧА 6

Мальчик Ц., 1 года 2 мес. Поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, самостоятельно ходит с 10 месяцев. В возрасте 11,5 мес. перенес острую респираторно-вирусную инфекцию с подъемом температуры до субфебрильных цифр, катаральными явлениями, абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул). Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Лечился на дому.

Через 2 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал вялым, капризным, появилась бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Данная симптоматика расценивалась как проявление желездефицитной анемии и ребенок получал лечение мальтофером в домашних условиях. Несмотря на проводимую терапию состояние ухудшалось: появились симптомы беспокойства и кашля в ночные часы, рвота, усилилась бледность кожных покровов, резко снизился аппетит. Ребенок госпитализирован для обследования и лечения.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое: мальчик вялый, неохотно контактирует при осмотре, покашливает. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, периоральный цианоз. Частота дыхания 44 в 1 мин. Перкуторный звук ясный, легочный. В легких выслушивается крепитация в нижних отделах по задней поверхности.

Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастеральной линии, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – 2 ребро. ЧСС- 140 ударов в 1 мин. Тоны сердца приглушены, особенно I тон в области верхушки сердца. На верхушке выслушивается систолический шум средней интенсивности, связанный с I тоном, занимающий 1/3 систолы. Выслушивается «ритм галопа». Во время осмотра отмечалась однократная рвота. Живот при осмотре мягкий. Печень +6 см по правой средне-ключичной линии, пальпируется край селезенки. Видимых отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв - 110 г/л, Эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $5,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я.-56 %, л - 40%. м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: ЧСС-140 в 1 мин. Угол α составляет -5° . Вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях снижен. Признаки P-mitrale. $RV5 < RV6$. Депрессия сегмента ST и инверсия зубца T в I, II, aVL, V5, V6.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ -60%.

ДЭХОКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия. Фракция выброса левого желудочка составляет 40%. Регургитация через митральный клапан 1,5+.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования и сопоставьте их с клинической картиной заболевания.
3. С какой патологией необходимо проведение дифференциальной диагностики.
4. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если нуждается, то составьте его план.
5. Какие изменения могут быть получены в результате проведенного дополнительного обследования?
6. Составьте план лечения ребенка.
7. Подтверждает ли гемограмма предполагаемый вами диагноз? Объясните
8. Чем обусловлены такие симптомы как боли в животе и рвота?
9. Возможен ли врожденный характер заболевания? 10. Каков морфологический субстрат
11. Что такое «ритм галопа»?

ЗАДАЧА 7

Маша И., 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 появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до $37,5-38,2^\circ\text{C}$. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. 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 дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $4,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, л - 48%. м - 2%, э – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Иммунологические показатели: АСЛ-О – 1:2500

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

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. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
7. В каком возрасте обычно дебютирует данное заболевание.
8. Что является показанием для назначения кортикостероидной терапии
9. Перечислите мероприятия по профилактике рецидивов настоящего заболевания.

ЗАДАЧА 8

Больной И., 12 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, которая 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 средне-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 средне-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 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

Клинический анализ крови: Нв - 115 г/л, Эр. – $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк.- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность -1015, белок – следы, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты-отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR - 0,18 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
8. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
9. Назовите место проекции митрального клапана.
10. Назовите место проекции аортального клапана.
11. Какими методами можно выявить наличие скрытых отеков?

ЗАДАЧА 9

Рита Б., 7 лет. Поступила в стационар в связи с жалобами на слабость, повышенную потливость, преимущественно ночью, снижение аппетита, длительные 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 мес 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 минуту. 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 ударов 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: Нв - 105 г/л, Эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $12,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 37%, л - 50%, м - 3%, э – 3%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок – 0,05г/л, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Каков прогноз данного заболевания, чем он определяется
5. Назовите патоморфологические стадии процесса
6. Почему именно данный вариант дефекта межжелудочковой перегородки осложнился появлением указанного заболевания
7. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
8. Назовите место проекции аортального клапана.
9. Составьте план лечения данного больного.

ЗАДАЧА 10

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-хлетнем 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 нестероидных противовоспалительных препаратов 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 32 кг, рост 147 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 средне-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: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06 г/л, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 11%, α_2 – 10%, β – 5%, γ – 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 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?б. Составьте план лечения больного.
7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
8. Показано ли проведение в данном случае проведение пульс-терапии?
9. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
10. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

ЗАДАЧА 11

Больная Р., 6 лет, поступает в отделение повторно с жалобами на лихорадку до 39°C в течение последних 7 дней, боли в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение движений в них, утреннюю скованность.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 1 года 6 месяцев, когда через 10 дней после ревакцинации АКДС повысилась температура до $39 - 40^\circ\text{C}$, появилась пятнистая сыпь, преимущественно на туловище в зоне «декольте», усиливающаяся на высоте температуры, артриты проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, обоих лучезапястных, локтевых, голеностопных и коленных суставов. В анализах крови значительное увеличение СОЭ (до 65 мм/ч), лейкоцитоз до $10,7 \times 10^9$ /л, гипохромная анемия (гемоглобин 86 г/л). Состояние стабилизировалось на фоне проведения пульс-терапии метипредом в сочетании с циклофосфаном. В дальнейшем девочка получала нестероидные противовоспалительные препараты, преднизолон, метотрексат с отчетливым положительным эффектом – суставной синдром представлен в основном пролиферативными изменениями, сыпи нет, признаков лабораторной активности не отмечается. Настоящее ухудшение связано с самостоятельной полной отменой гормональной терапии.

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит. Правильного телосложения, пониженного питания. Сыпи нет. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые лимфоузлы. Суставы: отмечается болезненность в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых,

мелких суставах кистей и стоп, ограничение объема движений в них, деформация обоих голеностопных, обоих коленных суставов, сгибательная контрактура в коленных суставах, больше справа; деформация проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей, ульнарная девиация, ограничение сгибания в шейном отделе позвоночника, болезненность при жевании в челюстно-височных суставах. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны достаточно звучные, небольшой, изменчивый систолический шум в V точке. Печень +3см, пальпация безболезненная, пальпируется край селезенки.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $11,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 3%, СОЭ – 54 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 12%, α_2 – 10%, β – 6%, γ – 26%; серомукоид – 1,2 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л

Иммунологическое исследование крови: РФ - отр, анти-ДНК – 11, АНФ – отр.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
3. Какие еще обследования следует провести больному? 4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании? 5. Составьте план лечения больного.
6. Показано ли проведение в данном случае проведение пульс-терапии?
8. Нуждается ли данный ребенок в костылях? 9. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
10. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

ЗАДАЧА 12

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10 – 20 минут, 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 за 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 60 ударов в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Ортнера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: Нб – 110 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 53%, э – 6%, л – 35%, м – 2%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, белок – abs, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРБ +, АСЛ-О – 1:625, АСГ – 1:300, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АЛАТ – 40 Ед/л, АсАТ – 35 Ед/л.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в 1 мин. нормальное положение электрической оси сердца. Миграция водителя ритма, синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя увеличение ЧСС до 96 ударов в 1 мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Консультация каких специалистов необходима 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. При каких заболеваниях у детей могут отмечаться жалобы на боли в груди?
9. Каков механизм боли в области сердца в данном случае?
10. Чем определяется тяжесть заболевания?
11. Какие специалисты должны наблюдать ребенка на участке?
12. Как изменяется артериальное давление с возрастом ребенка?

ЗАДАЧА 13

Больная Д., 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 отмечаются по несколько раз в месяц, проходят 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 средне-ключичной

линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. ЧСС 96 ударов в 1 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 – 125 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $9,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, э – 2%, л – 30%, м – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, Я – 12%, γ – 15%, серомукоид – 0,18 (норма до 0,2), АлАТ – 32 Ед/л, АсАТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 ударов в 1 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. Наметьте план лечения больной. 7. Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8. Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?
11. Меняется ли артериальное давление с возрастом ребенка и как?
12. Как изменяется с возрастом частота сердечных сокращений у детей?

ЗАДАЧА 14

Мальчик 3., 13 лет, поступил в отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал в Крыму, после чего самочувствие ухудшилось, появились артралгии.

Анамнез жизни без особенностей: рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими с субфебрильной температурой. Семейный анамнез отягощен по ревматическим заболеваниям: 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. Отмечается 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, изменчивый систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $2,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, тромбоциты – $155 \times 10^9/л$, СОЭ – 52 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,6 г/л, лейкоциты – 4-6 в поле зрения, эритроциты – 35-40 в поле зрения

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 5%, γ – 32%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 моль/л

Проба по Зимницкому: удельный вес 1006-1014, дневной диурез – 320, ночной диурез – 460

Иммунологическое исследование крови: РФ – отр, анти-ДНК – 42 (норма 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. Составьте план лечения больного.
8. Показано ли в данном случае применение гипотензивных препаратов?
9. Нуждается ли данный ребенок в гормональной терапии?
10. Показано ли проведение в данном случае проведение пульс-терапии?
11. Каков механизм нарушения процессов реполяризации миокарда?

Задача 15

Мальчик 11 дней жизни госпитализируется с жалобами на одышку, утомляемость. Из анамнеза известно, что ребенок от 3-х срочных родов. По Апгар 8/9б. Вес при рождении – 3,74, рост – 53см. Шум в сердце выслушан на 2 сутки жизни. Одышка с рождения. Находится на грудном вскармливании по требованию. Кормление усваивает. При поступлении Рост = 53 см. Вес = 3.654 кг. Отёков нет. Окраска кожи: бледно-розовая, цианоз носогубного треугольника. Слизистые: бледно-розовые. Лимфатические узлы не увеличены. Размеры большого родничка 2 X 2 см. Врожденных уродств, дефектов развития нет. Осмотр области сердца и крупных сосудов: сердечный горб. Дрожание систолическое, слева от грудины. ЧД – 60 в мин. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы. Хрипов нет. Верхушечный толчок: слева в 4-5 м/р, разлитой. Аускультация: Тоны сердца ритмичные, 1 тон нормальный, 2 тон усиленный, ЧСС 150 уд/мин. Систолический шум вдоль левого края грудины 4/6. Пульс частота 150, качество и наполнение удовлетворительное, пульсация на верхних и нижних конечностях отчетливая. Систолическое артериальное давление равное на руках и ногах – 90 мм рт.ст.. Печень расположена справа, границы +4 см. Селезенка не пальпируется. Газ.состав крови(капилляр): рН – 7,46, рСО₂ – 28,8мм рт.ст., рО₂ – 63,4мм рт.ст., SAT O₂ – 93% Рентгенологически: - легочный рисунок усилен, гиперволемия, КТИ – 68%, за счет левого желудочка, левого предсердия, сосудистый пучок расширен. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС –

170/мин, ЭОС вправо, PQ – 0,12”, QRS – 0,08”, неполная блокада ПНПГ, QT – 0,24”, признаки комбинированной перегрузки всех отделов сердца

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Каковы признаки и степень недостаточности кровообращения?
3. Показана ли медикаментозная терапия в данном случае?
4. Какова ваша дальнейшая тактика?
5. Возможно ли проведение этому ребенку профилактических прививок?

Ответы:

1. Врожденный порок сердца. Полная транспозиция магистральных сосудов. Состояние после закрытой атриосептостомии. НК ПА-Б степени. Легочная гипертензия. Артериальная гипоксемия.
2. Врожденный порок сердца. Тетрада Фалло.
3. Врожденный порок сердца. Коарктация аорты, «в типичном месте», «взрослый тип». Вторичная артериальная гипертензия. Синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу. Пропалс митрального клапана I степени, регургитация I степени.
4. Нарушение сердечного ритма. Экстрасистолия суправентрикулярная (предсердная), редкая, спорадическая.
5. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение. ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
6. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение. ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
7. Острая ревматическая лихорадка. Хорея.
8. Повторная ревматическая лихорадка: кардит с поражением аортального клапана (аортальный вальвулит). Приобретенный порок сердца (недостаточность митрального клапана). НК ПА ст. ФК- II.
9. Инфекционный эндокардит, вторичный, иммунно-воспалительная фаза, активность II-III степени, острое течение. Аортальный вальвулит. Врожденный порок сердца (подаортальный дефект межжелудочковой перегородки). НК ПА степени.
10. Ювенильный ревматоидный артрит, суставная форма, полиартрит, активность III ст., рентгенологическая стадия II, ФН - 2А.
11. Ювенильный ревматоидный артрит, системная форма, полиартрит, серонегативный, активность III ст., ФН - 2А.
12. Хронический тонзиллит. Синдром вегетативной дистонии по ваготоническому типу. Головные боли напряжения, вестибулопатия, кардиалгия. Вагоинсулярные кризы.
13. Хронический тонзиллит. Синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу.
14. Системная красная волчанка, острое течение, активность III ст. Дерматит, артрит, нефрит.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Инородные тела бронхов.
2. Бронхиальная астма. Метод ступенчатой астмотерапии.
3. Группы риска по заболеваниям органов дыхания.
4. Дифтерия гортани. Дифференциальная диагностика ложного и истинного крупа.
5. Внутрибольничная пневмония. Этиологическая структура. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
6. Вирусная пневмония. Этиологическая структура. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Атипичная пневмония. Этиологическая структура. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
8. Заболевания верхних дыхательных путей у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
9. Внебольничная пневмония. Этиопатогенез. Современная классификация. Клинические проявления. Диагностика.
10. Внебольничная пневмония. Диагностика. Лечение. Выбор антибактериального препарата и длительность лечения. Лечение острой пневмонии на дому.
11. Дыхательная недостаточность у детей. Классификация. Этиология. Клинические проявления.
12. Классификация дыхательной недостаточности у детей по степени тяжести. Клинические проявления в зависимости от степени тяжести. Неотложная помощь.
13. Мероприятия при острой дыхательной недостаточности.
14. Неотложная помощь при остром стенозирующем ларинготрахеите.
15. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
16. ОРВИ, обструктивный бронхит и бронхиолиты, диагностика и диф.диагностика. Лечение и профилактика. Показания к антибиотикотерапии.
17. Острые пневмонии, особенности течения, диагностика, лечение, диспансеризация.
18. Приемы искусственного дыхания.
19. Наследственные заболевания органов дыхания. Классификация. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
20. Респираторные аллергозы. Аллергический марш. Классификация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Принципы терапии.

Тестовый контроль:

001. В этиологии пневмонии в первом полугодии жизни меньшее значение имеет флора

- а) стафилококк
- б) пневмококк
- в) клебсиелла
- г) синегнойная палочка

002. В этиологии пневмонии у редко болеющих детей после года ведущее значение имеет

- а) пневмококк
- б) стрептококк
- в) стафилококк

г) клебсиелла

003. Ведущим клиническим синдромом в диагностике пневмонии является

- а) одышка
- б) ослабленное дыхание
- в) крепитация локальная
- г) многочисленные мелкопузырчатые хрипы

004. Гипертермия с ознобом в первые часы заболевания типична

- а) для стафилококковой пневмонии
- б) для микоплазменной пневмонии
- в) для пневмоцистной пневмонии
- г) для пневмококковой пневмонии

005. Какую пневмонию можно отнести к типичной для иммунодефицитного состояния?

- а) пневмококковую
- б) стафилококковую
- в) микоплазменную
- г) пневмоцистную

006. Отсутствие эффекта от жаропонижающих препаратов центрального действия типично

- а) для пневмококковой пневмонии
- б) для стафилококковой пневмонии
- в) для микоплазменной пневмонии
- г) для грам-отрицательной пневмонии

007. Развитие сосудистой недостаточности типично

- а) для стафилококковой пневмонии
- б) для пневмоцистной пневмонии
- в) для пневмококковой пневмонии
- г) для микоплазменной пневмонии

008. Развитие пиоторакса в первые 2-3 дня от начала заболевания типично

- а) для пневмококковой пневмонии
- б) для пневмоцистной пневмонии
- в) для микоплазменной пневмонии
- г) для стафилококковой пневмонии

009. Пневмоторакс без развития плеврита типичен

- а) для стафилококковой пневмонии
- б) для пневмококковой пневмонии
- в) для пневмоцистной пневмонии
- г) для микоплазменной пневмонии

010. Утолщение кожной складки над пораженным участком типично

- а) для очаговой пневмонии
- б) для ателектаза
- в) для пневмоторакса
- г) для гнойного плеврита

011. При подозрении на развитие плеврита ребенка следует госпитализировать

- а) в инфекционное отделение для острых респираторных инфекций
- б) в хирургический стационар
- в) в отделение реанимации
- г) в многопрофильную больницу с возможностями круглосуточного обследования и наблюдения

012. Диагностировать гнойный плеврит позволяет

- а) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в большую сторону
- б) усиление голосового дрожания
- в) ослабленное дыхание с бронхофонией
- г) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

013. Гиперлейкоцитоз с резким нейтрофильным и юным сдвигом типичен

- а) для микоплазменной пневмонии
- б) для пневмоцистной пневмонии
- в) для синегнойной пневмонии
- г) для стафилококковой пневмонии

014. Отсутствие адекватной одышки в первые часы заболевания типично

- а) для очаговой пневмонии

- б) для сегментарной пневмонии
- в) для очагово-сливной пневмонии
- г) для интерстициальной пневмонии

015. Соотношение пульса и дыхания 1:1 типично

- а) для стафилококковой пневмонии
- б) для пневмококковой пневмонии
- в) для цитомегалической пневмонии
- г) для пневмоцистной пневмонии

016. Для пневмоцистной пневмонии типично

- а) большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов
- б) гипертермия
- в) укороченный тимпанит при резком вздутии грудной клетки спереди
- г) усиление голосового дрожания

017. Максимально нарушается диффузия газов

- а) при очагово-сливной пневмонии
- б) при сегментарной пневмонии
- в) при крупозной пневмонии
- г) при интерстициальной пневмонии

018. Для лечения "домашних" пневмоний показан

- а) гентамицин
- б) ампициллин
- в) эритромицин
- г) метранидазол

019. Нецелесообразен для лечения пневмококковой пневмонии

- а) гентамицин
- б) ампициллин
- в) пенициллин
- г) олеандомицин

020. Показанием к проведению инфузионной терапии является

- а) одышка
- б) тахикардия
- в) олигурия
- г) анорексия

021. Округлые инфильтраты в легких заставляют исключать

- а) воспалительные изменения
- б) туберкулез
- в) микоз
- г) новообразования

022. Причиной экспираторной одышки является

- а) стеноз гортани
- б) пневмония
- в) бронхоспазм
- г) трахеит

023. Экзогенный аллергический альвеолит обусловлен чаще аллергией

- а) на органическую пыль
- б) на бактерии
- в) на лекарства
- г) на пищевые аллергены

024. Для подтверждения экссудативного плеврита прежде всего показана

- а) латерограмма
- б) томограмма
- в) плевральная пункция
- г) пневмотахометрия

025. Для выявления междолевого выпота показана

- а) томография
- б) боковой снимок
- в) плевральная пункция
- г) прямая рентгенограмма

026. Для подтверждения врожденного порока бронхов показана
- а) бронхография
 - б) томография
 - в) пневмотахометрия
 - г) бронхоскопия
027. Для хронической пневмонии с бронхоэктазами характерны
- а) непостоянные влажные хрипы
 - б) влажные хрипы постоянной локализации
 - в) проводные хрипы
 - г) крепитация
028. Для выявления бронхоэктазов показана
- а) бронхография
 - б) пневмотахометрия
 - в) обзорный снимок
 - г) томография
029. Для лечения обструктивного бронхита в период обострения показаны
- а) отхаркивающие
 - б) муколитики
 - в) антибактериальные препараты
 - г) все перечисленное
030. Для синдрома Картагинера характерны
- а) хронические синуситы
 - б) бронхоэктазы
 - в) обратное расположение внутренних органов
 - г) все перечисленное
031. Из перечисленных признаков для гемосидероза легких характерно
- а) наличие сидерофагов в мокроте
 - б) высокий уровень железа сыворотки крови
 - в) эмфизема
 - г) эозинофильный легочный инфильтрат
032. Для бронхиальной астмы характерны все перечисленные признаки, за исключением
- а) приступа бронхоспазма с экспираторной одышкой
 - б) повышения хлоридов поте и моче
 - в) гиперпродукции вязкой прозрачной мокроты
 - г) рассеянных непостоянных сухих и влажных хрипов
033. Для атопической бронхиальной астмы не характерно
- а) повышенный уровень медиаторов аллергических реакций
 - б) высокий уровень иммуноглобулинов E
 - в) наличие эозинофилов в мокроте
 - г) лейкоцитоз с выраженным палочкоядерным сдвигом
034. Для ребенка школьного возраста в приступный период атопической бронхиальной астмы не характерно
- а) вздутие легочной ткани
 - б) перегрузка малого круга, усиление сосудистого рисунка
 - в) наличие воспалительных очаговых изменений
 - г) рассеянные сухие свистящие хрипы
035. Для атопической бронхиальной астмы характерен
- а) I тип аллергической реакции
 - б) II тип аллергической реакции
 - в) III тип аллергической реакции
 - г) IV тип аллергической реакции
036. Для постановки диагноза атопической бронхиальной астмы диагностически значимо
- а) определение IgE
 - б) бронхоскопия
 - в) ведение пищевого дневника
 - г) эозинофилия
037. К типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период относятся все перечисленные, за исключением
- а) нарушения подвижности грудной клетки
 - б) вздутия грудной клетки

- в) увеличения лимфоузлов средостения
- г) усиления сосудистого рисунка

038. Из перечисленных исследований при бронхиальной астме в межприступном периоде показано

- а) постановка кожных проб
- б) бронхография
- в) бронхоскопия
- г) ингаляционные тесты с бронхоспазмолитиками

039. Для лечения бронхиальной астмы в межприступном периоде ведущими являются все перечисленные средства, за исключением

- а) препаратов кальция
- б) неспецифической гипосенсибилизации
- в) специфической гипосенсибилизации
- г) мембраностабилизаторов

040. Перед проведением гипосенсибилизации не показано

- а) определение иммуноглобулина Е
- б) бронхоскопия
- в) кожные тесты с различными аллергенами
- г) определение сывороточных иммуноглобулинов

041. Действие интала обусловлено

- а) противовоспалительными свойствами
- б) нормализацией мембранного обмена тучных клеток
- в) блокированием b-рецепторов
- г) улучшением дренажа бронхов

042. При атопической бронхиальной астме не рекомендуется назначать

- а) обзидан
- б) интал
- в) эуфиллин
- г) беротек

043. При "аспириновой" бронхиальной астме противопоказан

- а) тавегил
- б) кверсалин
- в) фенобарбитал
- г) эуфиллин

044. Из перечисленных препаратов пролонгированным является

- а) эуфиллин
- б) дипрофиллин
- в) теопек
- г) теоникол

045. При лечении астматического статуса не показаны

- а) эфедрин и его производные
- б) кортикостероиды
- в) эуфиллин
- г) селективные симпатомиметики

046. При бронхиальной астме применение антигистаминных препаратов возможно только в сочетании

- а) с обильным щелочным питьем
- б) с муколитиками
- в) с бронхоспазмолитиками
- г) с комплексом перечисленных средств

047. При бронхиальной астме не рекомендуются

- а) препараты, подавляющие кашлевой рефлекс
- б) антигистаминные препараты
- в) муколитики
- г) бронхоспазмолитики

048. Астматический статус II-III степени требует немедленного применения

- а) антигистаминных препаратов
- б) кортикостероидов
- в) интала
- г) адреналина

049. При эозинофильном легочном инфильтрате у ребенка старшего возраста чаще обнаруживаются
- а) мелкопузырчатые влажные хрипы
 - б) крепитация
 - в) рассеянные влажные и сухие хрипы
 - г) отсутствие перкуторных и аускультативных изменений
050. Эозинофильный легочный инфильтрат с эозинофилией может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, за исключением
- а) малярии
 - б) токсакарроза
 - в) бронхиальной астмы
 - г) респираторных аллергозов
051. Для выявления уровня жидкости в полости плевры необходимо в первую очередь провести
- а) рентгеновский снимок легких в вертикальном положении
 - б) латерографию
 - в) томографию
 - г) плевральную пункцию
052. При гиперсекреторных нарушениях в приступный период бронхиальной астмы показаны
- а) антигистаминные препараты
 - б) препараты, подавляющие кашлевой рефлекс
 - в) холинолитики
 - г) отхаркивающие средства, эуфиллин, ингаляции с муколитиками, обильное щелочное питье
053. При легком приступе бронхиальной астмы рекомендуется назначение
- а) эфедрина с адреналином
 - б) обильного щелочного питья, эуфиллина, щелочных ингаляций
 - в) неселективных бронхоспазмолитиков
 - г) димедрола с эфедрином
054. Из перечисленных клинических признаков, сопутствующих бронхиальной астме, косвенно свидетельствуют о ее атопическом генезе
- а) атопический дерматит
 - б) риноконъюнктивальный синдром
 - в) аллергический риносинусит
 - г) все перечисленное
055. Из перечисленных аллергенов чаще вызывают бронхиальную астму у детей старше 3 лет
- а) домашняя пыль
 - б) пыльца
 - в) медикаменты
 - г) все перечисленное
056. Из перечисленных спазмолитиков в лечении приступного периода бронхиальной астмы предпочтительнее
- а) адренергические препараты - эфедрин, адреналин
 - б) холиномиметики
 - в) эуфиллин, селективные симпатомиметики
 - г) все перечисленное
057. О сохраняющемся бронхоспазме в постприступный период астмы свидетельствуют
- а) обструктивный тип дыхания при проведении пневмотахометрии
 - б) непостоянные рассеянные сухие хрипы
 - в) усиление сосудистого рисунка легких
 - г) все перечисленное
058. Для аллергического риносинусита не характерны
- а) отек слизистой носа, гайморовых пазух
 - б) псевдополипоз
 - в) развитие псевдокист
 - г) одышка экспираторная
059. Бронхиальную астму у детей до 3 лет чаще вызывают
- а) медикаментозные аллергены
 - б) пищевые аллергены
 - в) домашняя пыль
 - г) растительные аллергены
060. Для аллергического фаринготрахеита характерны
- а) кашель с прозрачной слизистой мокротой

- б) кашель с гнойной мокротой
- в) наличие свистящих сухих хрипов
- г) лейкоцитоз со сдвигом влево

061. Из перечисленных осложнений для экзогенного аллергического альвеолита характерны

- а) эмфизема
- б) фиброзирующий альвеолит, хроническая дыхательная недостаточность
- в) острая дыхательная недостаточность
- г) пневмоторакс

062. При аллергическом фаринготрахеите обосновано назначение

- а) задитена
- б) препаратов, подавляющих кашлевой рефлекс
- в) антибиотиков
- г) глюконата кальция

063. Причиной экспираторной одышки при бронхиальной астме является

- а) стеноз гортани
- б) пневмония
- в) бронхоспазм
- г) круп

064. Синдром бронхиальной астмы с эозинофилией иногда наблюдается

- а) при системной красной волчанке
- б) при узелковом периартериите
- в) при склеродермии
- г) при лейкозе

065. Обычно нет необходимости производить рентгенограмму грудной клетки для выявления увеличенных торакальных лимфоузлов

- а) при лимфосаркоме
- б) при лимфогранулематозе
- в) при инфекционном мононуклеозе
- г) при лейкозе

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-Б | 002-А | 003-В | 004-Г | 005-Г | 006-Г | 007-В |
| 008-Г | 009-В | 010-Г | 011-Г | 012-Г | 013-Г | 014-Б |
| 015-Г | 016-В | 017-Г | 018-Б | 019-А | 020-В | 021-Г |
| 022-В | 023-А | 024-А | 025-Б | 026-А | 027-Б | 028-А |
| 029-Г | 030-Г | 031-А | 032-Б | 033-Г | 034-В | 035-А |
| 036-А | 037-В | 038-А | 039-А | 040-Б | 041-Б | 042-А |
| 043-Б | 044-В | 045-А | 046-Г | 047-А | 048-Б | 049-Г |
| 050-А | 051-А | 052-Г | 053-Б | 054-Г | 055-Г | 056-В |
| 057-Г | 058-Г | 059-Б | 060-А | 061-Б | 062-А | 063-В |
| 064-Б | 065-В | | | | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до 38,7оС. После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

Ребенок от I 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 эпидемический паротит.

При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложений на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аскультативно- жесткое

дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 96 уд. в 1 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%, л - 37%, э - 5%, м - 8%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты - нет.

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 вероятных возбудителей данного заболевания.
9. Есть ли у данного ребенка клинические данные за бронхообструктивный синдром?
10. Показано ли физиотерапевтическое лечение этому ребенку? Если да, то какое?

ЗАДАЧА 2

Ребёнок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3мес. 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 минуту. 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 среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. 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: Hb 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /л., п/я - 1%, с/я – 30%, э – 3%, м- 8%, лим. – 58%, СОЭ 15 мм/час

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

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз
2. Какова этиология заболевания?
3. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Каковы принципы лечения?
6. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?

7. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
8. Какие виды физиотерапии показаны при данном заболевании?
9. Можно ли лечить ребенка на дому?
10. Каков прогноз данного заболевания?

ЗАДАЧА 3

Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять. Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.

Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в три месяца. Психомоторное развитие - по возрасту.

С 3,5 месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 лет 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 37,4о. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание проводится во все отделы легких, выдох удлиннен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 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 1,5см.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 48%, л - 38%, э - 3%, м - 9%, СОЭ - 9мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет переbronхиальных 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 4

Ребенок 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0оС, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстает в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 105 г/л, эр – 4,0x10¹²/л, лейкоц – 18,6x10⁹/л, п/я – 10%, с/я – 57%, э – 1%, л – 23%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоск., лейкоц.- 1-2 в п/зр, эритроц. – отсутст.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α1 – 4%, α2 – 16%, β – 8%, γ – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

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. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
4. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей данной возрастной группы?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение
7. Какие могут быть осложнения заболевания?
8. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
10. Каков прогноз?

ЗАДАЧА 5

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

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В периоде новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4оС. 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: Hb - 134 г/л, эр - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц - 23×10^9 /л, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,066 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты 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 основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?
9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА 6

Больная А., 5 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на усиливающуюся одышку, приступообразный кашель, субфебрильную температуру.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, вторых срочных родов. Безводный промежуток составил 10 часов. На первом месяце жизни – упорный конъюнктивит.

Из анамнеза известно, что девочка заболела примерно 2 месяца назад, когда на фоне нормальной температуры возник кашель. Постепенно кашель стал приступообразным, появилась и стала нарастать одышка. Неоднократно лечилась без эффекта антибиотиками (пенициллин, кефзол, гентамицин), что и явилось причиной госпитализации.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Одышка смешанного типа, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, ЧД до 58 в 1 мин. Кашель частый, приступообразный с высыванием языка. В легких перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, выслушиваются ассиметричные (больше справа) рассеянные влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эр – $4,0 \times 10^{12}$, лейкоц – 19×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 58%, э – 6%, л – 24%, м – 7%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

Кровь на антитела к хламидиям: обнаружены специфические антитела класса IgM – 1:8, IgG – 1:128.

Рентгенография органов грудной клетки: определяются двусторонние диссеминированные очаги малой интенсивности до 2 – 4 мм в диаметре на фоне диффузного усиления легочного рисунка.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулировать и обосновать диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каков путь заражения?
4. Какие еще возбудители вызывают развитие пневмонии в данной возрастной группе?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз по клинической картине?
6. Какие изменения Вы ожидаете увидеть в биохимическом анализе крови?
7. Почему предыдущая терапия оказалась неэффективной?
8. Назначьте лечение.
9. Какие антибиотики и в какой дозе можно использовать?
10. Нужно ли обследовать мать больной?
11. Является ли диагностически значимым только выделение хламидий без клинических данных?
12. Длительность диспансерного наблюдения.
13. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА 7

Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8оС, 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, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8оС, 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: гематокрит – 49% (норма 31–47%), Hb – 122 г/л, эр – 3,8x10¹²/л, ц.п. – 0,8, лейкоц – 10,8x10⁹/л, п/я – 4%, с/я – 52%, э – 1%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 17 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры – нет, слизь – немного

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (норма – до 40), СРБ – +++

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

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются 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. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6. Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
7. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
8. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
9. В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
10. Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

ЗАДАЧА 8

Мальчик 5 лет, госпитализируется в стационар 4-ый 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 ударов 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, в/3. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: Нв-110 г/л, эр-3,4х10¹², лейко-13,9х10⁹, п/я-7%, с/я-65%, э-2%, м-9%, л-17%, СОЭ-20мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность-1,018, эпителий-нет, лейкоциты-2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок-70г/л, альбумины-60%, α1-глобулины-4%, α2-глобулины-15%, β – глобулины-10%, γ-глобулины – 11% ,СРБ = ++.

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. Составте 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 9

Девочка 1 года 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 VII беременности, протекавшей на фоне анемии, 4 срочных родов. Масса тела при рождении 3840, 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 месяцев жизни отмечался частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. На 2 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, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, на верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 142 в 1 мин.

Перкуторно: над легкими слева притупление легочного звука, справа звук с коробочным оттенком. Дыхание проводится с обеих сторон, ослабленное, больше слева, там же выслушивается обилие влажных разнокалиберных хрипов. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки. Стул 3-4 раза в день, периодически жидкий. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Hb – 84 г/л. эр–4,66x10¹². р – 15г/л т – 170,0x10⁹/л, лейкоц. – 7,7x10⁹/л, п/я – 11, с/я-42, л. – 32, э-5, м. – 10, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 70 мл, относительная плотность - 1012, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - 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 негетмогенное 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. Для чего исследовалась кровь на АТ к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу?
8. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?
9. Можно ли назначать физиотерапевтические методы для лечения ребенка?
10. Ваш прогноз?

ЗАДАЧА 10

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гноной мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребенок от I 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-гноное 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 38,4оС. 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 средне-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 ударов в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}$ /л. т. – $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 10, с/я – 52, л. – 28, э – 1, м. – 9, СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи: количество-60 мл, относительная плотность-1014, лейкоц.-0-1 в п/зр, эритроциты - 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 методы 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 11

Мальчик 5 месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.

Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II 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: Hb – 108 г/л. эр – $4,66 \times 10^{12}/л$. т. – $270 \times 10^9/л$, лейкоц. – $12,7 \times 10^9/л$, п/я – 11, с/я – 42, л. – 32, э – 5, м. – 10, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейкоц. – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Хлориды пота – 68 ммоль/л.

Генетическое обследование: ΔF508/G542X.

Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу: отрицательны.

Посев мокроты на флору: Staphylococcus aureus 104.

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. Каков этиопатогенез заболевания у данного ребенка?
5. Оцените данные потового теста у ребенка.
6. С какой целью проводилось генетическое обследование?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Как часто должен госпитализироваться этот ребенок?
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Прогноз.
11. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

ЗАДАЧА 12

Ребенок 5 лет был направлен в стационар для исключения муковисцидоза. Ребенок от I беременности, 1 срочных родов. Масса при рождении 2700 г, длина 47 см.

С первых дней жизни у ребенка отмечался кандидоз слизистой полости рта, плохо поддающийся местному лечению. В возрасте 3-х недель отмечалась лихорадка до 39,0С,

жидкий стул. В связи с этим поступил в стационар по месту жительства, где была диагностирована двусторонняя пневмония, синдром нарушенного кишечного всасывания (лактазная недостаточность). По поводу пневмонии получал антибактериальную терапию клафораном, гентамицином, левомецетином. На этом фоне сохранялась выраженная одышка, на контрольных рентгенограммах сохранялось диффузное двустороннее поражение легких, плохая прибавка веса, частый обильный стул.

При поступлении состояние тяжелое. Вес 13800 г, длина 50 см. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой развит слабо. На слизистой полости рта многочисленные элементы молочницы. У ребенка отмечается диффузная мышечная гипотония. Выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД 80 в 1 мин. Кашель редкий, сухой. Над всей поверхностью легких коробочный перкуторный звук. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 140 в 1 мин. Живот вздут, мягкий, безболезненный. Печень+2,+3,с/3. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул 6 раз в день, жидкий, со слизью.

В отделении ребенку была назначена внутривенная антибактериальная терапия, системная противогрибковая терапия. Однако состояние ребенка оставалось тяжелым, сохранялась одышка, двусторонние диффузные облаковидные изменения на рентгенограмме легких. В связи с этим была назначена системная стероидная терапия преднизолоном в дозе 1 мг/кг, на фоне которой отмечена положительная динамика в виде уменьшения одышки, появления аппетита, улучшения рентгенологической картины.

Общий анализ крови: Нв - 107 г/л, эр - $3,7 \times 10^{12}/л$, т.- $380 \times 10^9/л$, лейкоц - $23,7 \times 10^9/л$, метамиел. - 1%, п/я - 2%, с/я - 45%, л - 41%, э - 5%, м - 6%, СОЭ - 18 мм/час.

Копрограмма: нейтральный жир не обнаружен.

Хлориды пота - 27,9 ммоль/л.

Посев мокроты на флору: Staphylococcus aureus 104, Candida albicans 103.

Рентгенограмма легких: очаговые тени в виде «снежной пыли» с обеих сторон, больше справа. Сосудисто-интерстициальный рисунок усилен. Корни малоструктурны. Тень сердца расширена за счет левых отделов. Куполы диафрагмы ровные. 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. Оцените физическое развитие ребенка.
6. Каков этиопатогенез заболевания у ребенка?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Расскажите об основных осложнениях системной стероидной терапии.
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Прогноз.
11. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

ЗАДАЧА 13

Мальчик 5 лет осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание. Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли в нос. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает бронхиальной астмой; у самого больного до трехлетнего возраста отмечались проявления атопического дерматита. При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктива гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Клинический анализ крови: Нв – 112 г/л, эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 34%, л – 50%, э – 12%, м – 5%, СОЭ – 5 мм/час. Скарификационные кожные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами ольхи, орешника, березы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план дополнительного обследования
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
6. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
7. Каковы механизмы развития аллергической реакции при данном заболевании и чем они характеризуются?
8. Какие патофизиологические изменения характерны для острого воспаления?

ЗАДАЧА 14

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от первой 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 и 4 года, 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 за 1 минуту. 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 среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 118 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $5,8 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 48%, л – 28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- 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. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
11. Имеют ли связь заболевания родителей и ребенка?

ЗАДАЧА 15

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту, интеркуррентными заболеваниями не болел.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада и цитрусовых.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°С отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°С, навязчивый сухой кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –32 за 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

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. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
11. Имеют ли связь заболевания родителей и ребенка?

Ответы:

1. ОРВИ, острый (простой) бронхит.
2. Острый бронхиолит. ДН II степени
3. Острый обструктивный бронхит. ДН 0.
4. Острая, внебольничная, правосторонняя полисегментарная пневмония, тяжелая. ДН II степени. Анемия I ст.
5. Острая правосторонняя нижнедолевая (крупозная) пневмония, острое течение. ДН II степени.
6. Острая, внебольничная интерстициальная (хламидийная) пневмония, затяжное течение. ДН II степени.
7. Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония. ДН II степени.
8. Бронхоэктатическая болезнь с локализацией в базальных сегментах нижней доли левого лёгкого. Последствия аспирации инородного тела. ДН I степени.
9. Идиопатический гемосидероз легких. Анемия II ст.
10. Первичная цилиарная дискинезия (синдром Картагенера). ДН II степени.
11. Муковисцидоз, смешанная форма. Хронический обструктивный гнойный бронхит. ДН III степени. Хроническая экзокринная панкреатическая недостаточность.
12. Идиопатический диффузный фиброз легких (синдром Хаммана-Рича). ДН II-III степени. Гипотрофия III степени. Кандидоз слизистых оболочек.
13. Респираторный аллергоз. Поллиноз, риноконъюнктивная форма.
14. Бронхиальная астма, атопическая, средне-тяжелое персистирующее течение. Период обострения, приступ средней тяжести. ДН I-II степени. Атопический дерматит, локализованная форма, обострение.
15. Бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести. Период обострения, приступ средней тяжести. Аденоиды II-III степени.

Раздел 3. Гастроэнтерология

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Стафилококковый энтероколит
2. Хронические гепатиты у детей (диагностика, клиника, лечение, профилактика и диспансеризация, Дифференциальная диагностика).
3. Питание при острых ЖКЗ. Основы рациональной диетотерапии.
4. Расчет и коррекция питания детям раннего возраста.
5. Неотложная помощь при динамической кишечной непроходимости.
6. Неотложная помощь при кишечной колике.

7. Неотложная помощь при кишечной колике.
8. Парентеральное питание. Показания. Противопоказания. Методика расчета.
9. Врожденные заболевания пищевода. Диагностика, клиника, диспансеризация и профилактика.
10. Врожденные и приобретенные заболевания ЖП. Диагностика, клиника, диспансеризация и профилактика.
11. Врожденные и приобретенные неспецифические заболевания толстого кишечника. Диагностика, клиника, диспансеризация и профилактика.
12. Врожденные и приобретенные неспецифические заболевания тонкого кишечника. Диагностика, клиника, диспансеризация и профилактика.
13. Гастриты, гастродуодениты. Лечение, диспансеризация.
14. Язвенная болезнь желудка у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
15. Язвенная болезнь ДПК у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
16. ГЭРБ. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
17. Группа риска детей по заболеваниям органов пищеварения и диспансеризация.
18. Группа риска детей по заболеваниям ЖВП и диспансеризация.
19. Диагностика и тактика педиатра при пилоростенозе у детей. Дифференциальная диагностика пилостеноза и пилороспазма у детей.
20. Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у детей разных возрастных групп.

Тестовый контроль:

001. Риск развития патологии пищевода выше
- а) при недостаточности эзофагокардиального отдела
 - б) при спастическом запоре
 - в) при гепатите
 - г) при дискинезии желчевыводящих путей
002. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
- а) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием с проведением водно-сифонной пробы
 - б) гастрофибродуоденоскопию
 - в) внутрижелудочную рН-метрию
 - г) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
003. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является
- а) гастрофибродуоденоскопия
 - б) рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием
 - в) исследование кала на скрытую кровь
 - г) анализ крови
004. При подозрении на аномалию развития пищевода необходимо провести
- а) рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
 - б) радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) анализ крови
005. Дивертикул пищевода может осложниться
- а) дивертикулитом
 - б) ахалазией
 - в) халазией
 - г) диафрагмальной грыжей

006. Больному с эзофагитом назначают
- нерастворимые антациды
 - ферменты
 - спазмолитики
 - седативные препараты
007. Для эзофагита характерно
- боли за грудиной
 - метеоризм
 - жидкий стул
 - запоры
008. Из перечисленных рентгенологических исследований ребенку с рецидивирующей рвотой необходимо провести в первую очередь
- ирригоскопию
 - холецистографию
 - рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
 - рентгеноскопию грудной клетки
009. Из перечисленных биохимических исследований сыворотки крови при рецидивирующей рвоте необходимо провести в первую очередь анализ на
- билирубин
 - холестерин
 - СРБ
 - КЩС
010. При рвоте центрального генеза не показаны
- ингибиторы ферментов
 - диуретики
 - спазмолитики
 - седативные
011. При склонности к рецидивирующей рвоте из перечисленных препаратов предпочтителен
- термопсис
 - реглан (церукал)
 - соляная кислота
 - кофеин
012. Для рвоты центрального генеза характерно
- жидкий стул
 - боли в животе
 - головная боль
 - ацетонурия
013. Причиной срыгивания у грудных детей является
- тупой угол перехода пищевода в желудок
 - высокий тонус желудка в пилорическом отделе
 - высокое внутрибрюшное давление
 - все перечисленное
014. Наличие изжоги свидетельствует
- о забросе желудочного содержимого в пищевод
 - о повышении кислотности желудочного содержимого
 - о диафрагмальной грыже
 - о язвенной болезни желудка
015. Конституциональный кетоацидоз реже всего дифференцируют
- с вегетовисцеральными пароксизмами
 - с гельминтами
 - с острым животом
 - с комой при сахарном диабете
016. Приступ кетоацидоза не провоцирует
- интеркуррентное заболевание
 - перекорм жирами, белками
 - перекорм углеводами
 - голодание
017. Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно
- жидкий стул

- б) боли в животе
- в) головная боль
- г) ацетонурия

018. Из перечисленных биохимических исследований сыворотки крови при кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на

- а) сахар
- б) протромбин
- в) билирубин
- г) остаточный азот

019. Из дополнительных исследований при кетоацидозе наиболее целесообразно провести

- а) электрокардиографию
- б) электроэнцефалографию
- в) реогаптографию
- г) холеграфию

020. Из перечисленных продуктов при кетоацидозе нежелательны

- а) жиры
- б) овощные блюда
- в) легко усвояемые углеводы
- г) щелочное питье

021. Из перечисленных напитков при кетоацидозе предпочтительнее

- а) кофе
- б) молоко
- в) боржоми
- г) фруктовые газированные воды

022. Для халазии характерен следующий симптом

- а) боли в правом подреберье
- б) запоры
- в) боли натошак в эпигастрии
- г) рецидивирующая рвота

023. Для выявления халазии необходимо провести

- а) холецистографию
- б) копрологическое исследование
- в) рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
- г) ирригоскопию

024. При халазии пищевода наименее характерно

- а) беспорядочные срыгивания и рвота
- б) срыгивания створоженным молоком
- в) гиперсаливация
- г) гиперемия дужек мягкого неба

025. Для халазии наименее характерно наличие гастроэзофагеального рефлюкса

- а) IV степени
- б) III степени
- в) II степени
- г) I степени

026. Ахалазия сопровождается

- а) рвотой непереваренной пищей
- б) рвотой с примесью желчи
- в) срыгиванием через 1 ч после еды
- г) рвотой переваренной пищей

027. Наиболее характерным признаком при ахалазии является

- а) рвоты во время еды
- б) отказ от еды
- в) рвота застойным содержимым желудка
- г) рвота после еды

028. Боли за грудиной связаны

- а) с гиперацидностью
- б) с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите
- в) с метеоризмом
- г) с повышением внутрибрюшного давления

029. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
- гастроэзофагеального рефлюкса III-IV степени
 - диафрагмальной грыжей
 - язвенной болезнью
 - гастритом
030. При срыгивании и рвотах не возникает
- фарингит
 - аспирационная пневмония
 - трахео-бронхит
 - стоматит
031. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается
- нарушений электролитного обмена
 - алкалоза
 - эксикоза
 - полиурии
032. Внежелудочная pH-метрия не дает ответа о наличии
- дуодено-гастрального рефлюкса
 - гиперсекреции
 - кислотности желудочного содержимого
 - pH-антрального отдела желудка
033. Какой метод определения кислотности наиболее физиологичен?
- толстым зондом по Боасу - Эвальду
 - pH-метрия
 - фракционный метод
 - ацидотест
034. Какой стимулятор секреции целесообразно использовать?
- гистамин
 - мясной бульон
 - хлеб с водой
 - кофеин
035. Какой из перечисленных методов наиболее объективно определяет кислотность?
- ацидотест
 - одномоментное исследование по Боасу - Эвальду
 - фракционное исследование с последующим титрованием
 - pH-метрия
036. Какой стимулятор секреции целесообразно использовать при повторном исследовании, если первоначально определена секреторная недостаточность?
- гистамин
 - капустный сок
 - мясной бульон
 - хлеб с водой
037. Каковы показания для определения кислотности желудочного содержимого у детей?
- дизуретические явления
 - голодные боли в эпигастральной области
 - боли при дефекации
 - дисфагия
038. При перегибе желудка I-II степени показаны все перечисленные виды лечения, за исключением
- хирургического
 - нормализации деятельности центральной и вегетативной нервной системы
 - ликвидации дисбактериоза кишечника
 - нормализации кинетики кишечника
039. При перегибе желудка III степени показаны все перечисленные виды лечения, за исключением
- коррекции водного обмена
 - коррекции электролитного обмена
 - хирургического лечения
 - седативной терапии
040. При синдроме "раздраженного желудка" не характерны
- изжога

- б) рвота
- в) кровь в кале
- г) отрыжка

041. При синдроме "раздраженного желудка" предпочтительнее употреблять

- а) овощи
- б) отварное мясо
- в) жиры
- г) мучные продукты

042. При гиперацидности не характерны

- а) понос
- б) тошнотопая боль в гастродуоденальной зоне
- в) запор
- г) обложенность языка

043. Симулировать язву желудка могут

- а) гастрит
- б) перегиб желудка
- в) гиперсекреторные нарушения
- г) дивертикул желудка

044. Причиной антрального гастрита не является

- а) дуоденогастральный рефлюкс
- б) травма слизистой оболочки желудка
- в) хеликобактериоз
- г) гиперацидность

045. Для пилорического хеликобактериоза не характерно наличие

- а) гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны
- б) эрозивно-язвенного процесса
- в) гиперацидности
- г) полипоза

046. Диагноз пилорического хеликобактериоза наиболее точен

- а) при гистологическом обнаружении микроба в биоптате
- б) при положительном уреазном тесте с биоптатом
- в) при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
- г) при клинико-эндоскопическом исследовании

047. При пилорическом хеликобактериозе не эффективен

- а) де-нол
- б) фуразолидон
- в) препараты висмута
- г) оксиферрискорбон содовый

048. Наиболее информативным исследованием при гастрите является

- а) эндоскопия
- б) рентгеноконтрастное
- в) УЗИ
- г) иридодиагностика

049. Продукты, не нейтрализующие рН

- а) мясо
- б) рыба
- в) яйца
- г) яблоки

050. Эвакуацию из желудка не ускоряет прием

- а) жидкости
- б) фруктов
- в) овощей
- г) кефира

051. Развитие синдрома пилороспазма наиболее закономерно у ребенка

- а) с отягощенным акушерским анамнезом
- б) с отягощенной наследственностью
- в) при позднем прикладывании к груди
- г) при раннем искусственном вскармливании

052. Синдром пилороспазма наиболее часто определяется у детей в возрасте
- до 6 месяцев
 - до 3 лет
 - дошкольном
 - школьном
053. Синдром пилороспазма чаще всего наблюдается
- при повышении внутричерепного давления
 - при недокорме
 - при перекорме
 - при искусственном вскармливании
054. Причинами развития синдрома пилороспазма у детей старшего возраста не является
- чрезмерное закисление пищи
 - ощелачивание пищи
 - язва привратника
 - бульбит
055. При пилороспазме не характерна
- тошнота
 - рвота
 - рвота с примесью желчи
 - рвота неизменными пищевыми массами
056. Предупреждает развитие синдрома пилороспазма
- нормальное функционирование нервной системы, нормальное внутричерепное давление
 - нормальный режим
 - естественное вскармливание
 - искусственное вскармливание
057. При пилороспазме нецелесообразно назначать
- фестал
 - соляную кислоту с пепсином
 - контактное тепло местно (парафин, озокерит, грелку)
 - акупунктуру
058. Для ликвидации синдрома пилороспазма не рекомендуется
- пипольфен
 - раствор 0.25% новокаина
 - церукал
 - седативные препараты
059. При пилороспазме неэффективна
- щелочная пища
 - щелочная минеральная вода
 - кислая пища
 - теплое питье
060. Развитие пилороспазма у детей старшего возраста возможно
- при рецидивирующих язвах привратника
 - при гастрите
 - при дуодените
 - при дуоденогастральных рефлюксах
061. Пилоростеноз у ребенка раннего возраста является
- врожденным функциональным нарушением
 - врожденным анатомическим дефектом
 - последствием неправильного кормления
 - последствием внутричерепной гипертензии
062. При пилороспазме не рекомендуется
- хирургическое лечение
 - физиотерапевтическое лечение
 - акупунктура
 - медикаментозная терапия
063. Какой клинический симптомокомплекс обусловлен недостаточностью привратника?
- пилороспазм
 - "проскакивание" пищи
 - рецидивирующая рвота

г) раздраженный желудок

064. Какой признак не отражает недостаточность привратника?

- а) боли в эпигастрии во время еды
- б) позыв на дефекацию во время еды
- в) разжижение стула
- г) рвота без примеси желчи

065. Что может способствовать закрытию привратника?

- а) прием кислой пищи в начале еды
- б) запивание еды жидкостью
- в) жирная пища
- г) пресное молоко

066. При недостаточности привратника нецелесообразно назначать

- а) мезим-форте
- б) фестал
- в) акупунктуру
- г) церукал

067. При недостаточности привратника не рекомендуется

- а) прием кислых продуктов в начале еды
- б) тепловые процедуры на эпигастрий
- в) акупунктура
- г) запивать водой пищу

068. При дискинезии 12-перстной кишки не наблюдаются

- а) боли натошак в эпигастрии
- б) тошнота
- в) боли по ходу толстой кишки
- г) боли в эпигастрии во время еды и сразу после еды

069. Дуоденогастральные рефлюксы могут способствовать развитию

- а) дивертикула желудка
- б) перегиба желудка
- в) язвы пищевода
- г) антрального гастрита

070. Какой признак наименее информативен для распознавания дуоденогастрального рефлюкса?

- а) примесь желчи к извлеченному желудочному содержимому
- б) обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
- в) горечь во рту
- г) гиперацидность

071. Наиболее информативным методом диагностики артериомезентериальной компрессии является

- а) рентгеноконтрастное исследование с барием
- б) эндоскопия
- в) дуоденальное зондирование
- г) УЗИ

072. Как правильно произвести рентгеноконтрастное исследование с барием при подозрении на артериомезентериальную компрессию?

- а) исследование в вертикальной позиции
- б) исследование в горизонтальной позиции
- в) исследование в вертикальном, а затем - коленно-локтевом положении
- г) исследование в коленно-локтевом положении

073. Для диагностики дуоденита наименее информативны данные

- а) эндоскопии
- б) рентгеноскопии
- в) рентгенографии
- г) копрологии

074. Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является

- а) отечность, гиперемия слизистой оболочки
- б) гиперсекреция слизи
- в) картина "бульжной мостовой"
- г) феномен "манной крупы"

075. Какая патология чаще развивается из-за дуоденита?

- а) хронический тонзиллит
- б) колиты
- в) пиелонефрит
- г) холепатии

076. Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является

- а) сезонность болей
- б) тощаковые боли в эпигастрии
- в) рецидивирующая рвота
- г) кровотечение

077. Для распознавания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наименее информативно исследование

- а) рентгеноконтрастное с барием
- б) гастродуоденофиброскопия
- в) кала на скрытую кровь
- г) тепловидение

078. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком язвенной болезни 12-перстной кишки является

- а) конвергенция складок
- б) остаточное пятно бария
- в) раздраженная луковица
- г) отечность складок

079. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует производить

- а) исследование кала на скрытую кровь
- б) гастродуоденоскопию
- в) дуоденальное зондирование
- г) рентгеноконтрастное исследование

080. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является

- а) кровотечение
- б) перфорация
- в) пенетрация в поджелудочную железу
- г) малигнизация

081. В диете при язвенной болезни наименее целесообразно использовать

- а) отварное мясо
- б) омлет
- в) кисломолочные продукты
- г) пресное молоко, сливки

082. В период обострения язвенной болезни 12-перстной кишки целесообразно в качестве антацидов использовать

- а) соду
- б) только пищевые продукты
- в) нерастворимые антациды
- г) минеральную воду

083. Не обладает обволакивающими свойствами

- а) де-нол
- б) альмагель
- в) отвар овса
- г) метилурацил

084. Какой препарат не оказывает репаративного действия при язвенной болезни?

- а) солкосерил
- б) оксиферрискорбон содовый
- в) облепиховое масло
- г) альмагель

085. При непрерывно-рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективна

- а) гипербарическая оксигенация
- б) лазеротерапия
- в) эндоскопическая санация
- г) акупунктура

086. Какие заболевания особенно предрасполагают к развитию холепатии?

- а) заболевания 12-перстной кишки
- б) хронический тонзиллит
- в) гастрит
- г) пневмония

087. На развитие холестаза не влияет
- а) повреждение гепатоцита
 - б) патология билиарных путей
 - в) дисбактериоз
 - г) обилие жира в пище
088. Риск возникновения гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, кроме
- а) наследственного
 - б) перенесенного вирусного гепатита
 - в) дисбактериоза
 - г) воздушно-капельной инфекции
089. Какой симптом не патогномоничен для заболевания желчного пузыря?
- а) Кера
 - б) Морфи
 - в) Курашова
 - г) Пастернацкого
090. Какой симптом не считается вибрационным?
- а) Лепене
 - б) Ортнера
 - в) Пастернацкого
 - г) Образцова
091. Какой признак не обусловлен дискинезией желчных путей?
- а) боль в правом подреберье
 - б) субиктеричность склер
 - в) обложенность языка
 - г) телеангиоэктазии на коже
092. Какое заболевание желчного пузыря можно диагностировать по результатам микроскопии дуоденального содержимого?
- а) дисхолию
 - б) дискинезию
 - в) холецистит
 - г) аномалию
093. Какие компоненты осадка дуоденального содержимого не характерны для дисхолии?
- а) кристаллы билирубината кальция
 - б) лейкоциты
 - в) кристаллы холестерина
 - г) липидные частицы, гранулы
094. Какой компонент осадка дуоденального содержимого свидетельствует о наличии рефлюкса из тонкой кишки в 12-перстную?
- а) кристаллы холестерина
 - б) кристаллы билирубината кальция
 - в) лямблии
 - г) лейкоциты
095. Какой признак не характерен для холецистита?
- а) обнаружение СРБ при биохимическом исследовании желчи
 - б) утолщение стенки желчного пузыря при УЗИ
 - в) наличие в пузыре при УЗИ осадка гетерогенной эхоплотности
 - г) лейкоциты при микроскопии осадка желчи
096. Какой биохимический показатель сыворотки крови может свидетельствовать о задержке выброса желчи из желчного пузыря?
- а) белок
 - б) холестерин
 - в) тимоловая проба
 - г) билирубин
097. Какой анамнестический признак менее типичен для дисхолии?
- а) инфекционный гепатит в анамнезе
 - б) холелитиаз у кровных родственников
 - в) аллергия
 - г) язвенная болезнь

098. Какой признак на УЗИ не характерен для дисхолии?
- а) наличие осадка гетерогенного по эхоплотности
 - б) утолщение стенки желчного пузыря
 - в) наличие перетяжек, перегородок
 - г) нормальная стенка желчного пузыря
099. Какой рентгенологический признак не типичен для дисхолии?
- а) отсутствие слоистости контрастированной и неконтрастированной желчи
 - б) запаздывание появления контрастированной желчи в виде "краевой полоски"
 - в) наличие перетяжек, перегородок
 - г) наличие слоистости контрастированной и неконтрастированной желчи
100. На возникновение холелитиаза не влияет наличие у больного
- а) дисбактериоза
 - б) вирусного гепатита
 - в) хронического тонзиллита
 - г) гемолитической анемии
101. Какие препараты необязательны для лечения дисхолии?
- а) гепатотропные
 - б) антиоксидантные
 - в) антимикробные
 - г) желчегонные
102. Какие препараты целесообразнее использовать при холецистите?
- а) фурановые
 - б) сульфамиды
 - в) эритромицин
 - г) тетрациклин
103. Какой продукт питания предпочтителен при наличии гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей из-за слабого сокращения мышц стенок желчного пузыря?
- а) фрукты
 - б) мясо
 - в) яйца
 - г) творог
104. Какие напитки целесообразнее использовать при холепатиях?
- а) тонизирующие безалкогольные напитки
 - б) щелочные минеральные воды высокой минерализации
 - в) солянокислые столовые минеральные воды
 - г) щелочные минеральные воды средней и слабой минерализации
105. Какой синдром не типичен для хронического гепатита?
- а) желтухи
 - б) холестаза
 - в) мезенхимно-воспалительный
 - г) лимфаденопатии
106. Какой синдром не типичен для хронического гепатита?
- а) гепатоцитоза
 - б) печеночно-клеточной недостаточности
 - в) гепаторенальный
 - г) колитический
107. Для синдрома желтухи при хроническом гепатите не характерен признак
- а) повышения непрямого билирубина
 - б) повышения прямого билирубина
 - в) гемолиза
 - г) обесцвеченного кала
108. Для синдрома внутripеченочного холестаза не характерен признак
- а) гипертрансаминаземии
 - б) гипербилирубинемии
 - в) уробилинурии
 - г) повышения желчных кислот в сыворотке крови
109. Для синдрома внутripеченочного холестаза не характерен признак
- а) зуд кожи
 - б) спленомегалия

- в) уплотнение печени
- г) гепатомегалия

110. Причиной развития синдрома внутрипеченочного холестаза могут являться все перечисленные, кроме

- а) острого вирусного гепатита
- б) хронического гепатита
- в) токсического гепатита
- г) каротиновой желтухи

111. Развитие внутрипеченочного холестаза не наблюдается

- а) при гепатите при мононуклеозе
- б) при лимфогранулематозе
- в) при дискинезии желчевыводящих путей
- г) при септическом гепатите

112. Для синдрома подпеченочного холестаза не характерно

- а) гипертензия в билиарной системе
- б) задержка желчевыделения в двенадцатиперстную кишку
- в) гиперхолестеринемия, повышение щелочной фосфатазы
- г) гипертрансаминаземия

113. Подпеченочный холестаз не развивается

- а) при дискинезии желчевыводящих путей
- б) при гепатите остром, хроническом
- в) при камне в холедохе
- г) при заболеваниях 12-перстной кишки

114. При мезенхимно-воспалительном синдроме не наблюдается

- а) снижение СОЭ
- б) повышенное содержание иммуноглобулинов
- в) повышение содержания С-реактивного белка и других белков острой фазы воспаления
- г) гиперфибриногенемия

115. Для мезенхимно-воспалительного синдрома не характерен признак

- а) увеличения лимфоузлов
- б) полисистемности
- в) гепатоспленомегалии
- г) расширения вен

116. Мезенхимно-воспалительный синдром не развивается

- а) при сепсисе
- б) при остром и хроническом гепатите
- в) при гепатозе
- г) при инфекционном мононуклеозе и других лимфотропных инфекциях

117. Показателем гепатоцитолита является

- а) гиперхолестеринемия
- б) гипертрансаминаземия
- в) диспротеинемия
- г) гиперфибриногенемия

118. При синдроме печеночно-клеточной недостаточности не наблюдается

- а) гиперальбуминемия
- б) повышение желчных кислот в сыворотке крови
- в) гипертрансаминаземия
- г) гипербилирубинемия

119. Для гепаторенального синдрома характерно

- а) развитие нефропатии при печеночно-клеточной недостаточности
- б) появление желтухи при почечной недостаточности
- в) сочетание печеночной и почечной недостаточности
- г) наличие признаков патологии печени и почек

120. Для хронического гепатита наиболее характерен признак

- а) повышение трансаминаз в 1. 5-2 раза по сравнению с нормой
- б) повышение трансаминаз более чем в 2 раза по сравнению с нормой
- в) гиперхолестеринемия
- г) гипербилирубинемия

121. Для диагностики хронического гепатита не является информативным признак

- а) спленомегалия
- б) увеличение печени без ее уплотнения
- в) увеличение и уплотнение печени
- г) появление желтухи

122. Какое исследование наиболее информативно в отношении хронического гепатита?

- а) УЗИ
- б) радиоизотопное исследование печени
- в) радиоизотопное исследование печени с технецием
- г) радиоизотопное исследование печени в динамике

123. Какой исход не характерен для хронического гепатита?

- а) выздоровление
- б) сохранение персистирующего гепатита
- в) переход в ХАГ
- г) острая декомпенсация

124. С каким заболеванием печени легче дифференцировать хронический гепатит?

- а) затяжное течение острого гепатита
- б) реконвалесценция после острого гепатита
- в) гепатоз (вне обострения)
- г) токсический гепатит

125. При хроническом гепатите не отмечается

- а) увеличение, уплотнение печени и селезенки
- б) наличие желтухи
- в) увеличение печени без увеличения селезенки
- г) дерматоваскулит

126. При хроническом гепатите наименее информативным исследованием является

- а) радиоизотопное исследование в динамике
- б) определение трансаминаземии
- в) определение австралийского антигена
- г) определение билирубинемии

127. Для ХАГ наиболее характерен признак

- а) повышение трансаминаз в 1. 5-2 раза по сравнению с нормой
- б) повышение трансаминаз более чем в 2 раза по сравнению с нормой
- в) гипербилирубинемия
- г) гиперхолестеринемия

128. О наличии гепатоцитолита не свидетельствует

- а) гипертрансаминаземия
- б) повышение содержания желчных кислот в сыворотке крови
- в) радиоизотопные исследования
- г) непрямая гипербилирубинемия

129. Какой исход не характерен для ХАГ?

- а) выздоровление
- б) печеночная недостаточность
- в) переход в персистирующий гепатит
- г) цирроз

130. С какой патологией легче дифференцировать ХАГ?

- а) с болезнью Вильсона - Коновалова
- б) с персистирующим гепатитом
- в) с болезнью Бадда - Киари
- г) с недостаточностью кровообращения IIА, IIВ степени

131. Для хронического гепатита характерно все перечисленное, кроме

- а) гипертрансаминаземии
- б) наличия австралийского антигена
- в) гиперхолемии
- г) повышения холестерина

132. Способствовать развитию токсического гепатита могут все перечисленные факторы, за исключением

- а) пищевых токсиантов, ксенобиотиков
- б) радионуклидов
- в) лекарственной терапии
- г) вирусов

133. Возможным прогнозом токсического гепатита являются все перечисленные, за исключением
- а) выздоровления
 - б) острой печеночной недостаточности
 - в) абсцедирования
 - г) перехода в хронический гепатит, цирроз
134. Для гепатозов не характерно
- а) увеличение и уплотнение печени и селезенки
 - б) желтуха
 - в) дистрофические изменения
 - г) кровоточивость
135. Жировой гепатит реже развивается
- а) при патологии толстой кишки
 - б) при нарушении обмена веществ
 - в) при острых и хронических интоксикациях
 - г) при заболеваниях желудка
136. Исследование не информативно для выявления гепатоза методом
- а) УЗИ
 - б) радиоизотопной гепатосцинтиграфии
 - в) радиоизотопной гепатосцинтиграфии с технецием
 - г) микроскопии осадка дуоденального содержимого
137. Какой биохимический серологический показатель не характерен для гепатозов?
- а) гипертрансаминаземия
 - б) гиперхолестеринемия
 - в) гипергликемия
 - г) гиперпротеинемия
138. Какой исход не характерен для гепатоза?
- а) выздоровление
 - б) переход в хронический гепатит
 - в) развитие цирроза
 - г) абсцедирование
139. Какое перенесенное заболевание может провоцировать развитие желтухи Жильбера?
- а) гепатит
 - б) анемии
 - в) гастрит
 - г) ветряная оспа
140. В каком возрасте чаще выявляется желтуха Жильбера?
- а) у новорожденных
 - б) в грудном
 - в) в школьном
 - г) в дошкольном
141. Какой клинический симптом характерен для желтухи Жильбера?
- а) анемия
 - б) гепатомегалия
 - в) гепатоспленомегалия
 - г) желтуха
142. Какой лабораторный признак характерен для желтухи Жильбера?
- а) непрямая гипербилирубинемия
 - б) ретикулоцитоз
 - в) повышение трансаминаз
 - г) прямая гипербилирубинемия
143. Что непосредственно не ухудшает прогноз при желтухе Жильбера?
- а) стресс
 - б) гепатит
 - в) токсикоз
 - г) преобладание углеводов в питании
144. Определяющим клиническим признаком при циррозе печени является
- а) увеличение печени и селезенки
 - б) увеличение и значительное уплотнение печени и селезенки

- в) дистрофические изменения
- г) желтуха

145. При циррозе печени не показано применение

- а) эссенциале
- б) минеральной воды
- в) рибоксина
- г) карбенициллина

146. Для диагностики цирроза печени наименее информативно исследование

- а) радиоизотопное с коллоидом
- б) радиоизотопное с технецием
- в) эзофагогастродуоденоскопия
- г) ультразвуковое

147. На прогрессирование цирроза печени не влияет

- а) анемия
- б) дисбактериоз
- в) употребление ксенобиотиков
- г) использование минеральной воды

148. При циррозе печени предпочтительнее употреблять пищу

- а) отварную
- б) жареную
- в) запеченую
- г) сырую

149. При портальной гипертензии наиболее опасно

- а) острое респираторное заболевание
- б) кровотечение из вен пищевода
- в) кровотечение из геморроидальных вен
- г) острая кишечная инфекция

150. Для портальной гипертензии диагностически значимыми являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) спленомегалии
- б) расширения геморроидальных сосудов
- в) расширения вен пищевода
- г) расширения сосудов Киссельбахова сплетения

151. Цирроз не является следствием

- а) дискинезии желчевыводящих путей
- б) холангиохолецистита
- в) гепатита
- г) гепатоза

152. Не ускоряют прогрессирование цирроза печени

- а) несбалансированное питание
- б) злоупотребление медикаментами
- в) нарушения васкуляризации
- г) теплые ванны

153. Какие продукты нежелательны при печеночной патологии?

- а) мясо
- б) масло растительное
- в) кислые фрукты
- г) сладкие фрукты

154. Детям с гепатобилиарной патологией не рекомендуется употреблять

- а) отварное мясо
- б) жареное мясо
- в) отварную рыбу
- г) отварные овощи

155. При гепатобилиарной патологии не рекомендуется употреблять

- а) шиповник
- б) бессмертник
- в) землянику
- г) клюкву

156. Для профилактики рецидивов заболеваний гепатобилиарной системы целесообразно назначить

- а) малокалорийный стол
- б) стол с избытком животного белка
- в) печеночный стол постоянно
- г) печеночный стол с периодическими "зигзагами"

157. При заболеваниях гепатобилиарной системы рекомендуется прием пищи

- а) 3 раза в день
- б) 4-5 раз в день
- в) частое дробное питание
- г) питание 4-5 раз в день с обязательным присутствием желчегонных продуктов

158. При хронической патологии печени не рекомендуется употреблять в пищу

- а) растительный жир
- б) молочный жир
- в) животный жир
- г) маргарин

159. Какой препарат не уменьшает непрямую гипербилирубинемия?

- а) кордиамин
- б) фенobarбитал
- в) зиксорин
- г) димедрол

160. Какой препарат не усиливает непрямую гипербилирубинемия?

- а) левомецетин
- б) сульфаниламиды
- в) салицилаты
- г) верошпирон

161. Что не следует назначать при печеночном холестаза?

- а) эссенциале
- б) нитрофурановые препараты
- в) энтеродез
- г) карболен

162. Какой препарат не вызывает внутрпеченочный холестаза?

- а) диазепам
- б) витамин А
- в) эуфиллин
- г) эритромицин

163. Что не следует назначать при подпеченочном холестаза?

- а) сернокислую магнезию
- б) пищеварительные ферменты
- в) миотропные спазмолитики
- г) минеральную воду

164. Какие лечебные средства нецелесообразны при мезенхимно-воспалительном синдроме?

- а) антибиотикотерапия
- б) преднизолон
- в) диуретики
- г) средства, улучшающие васкуляризацию

165. Какой препарат целесообразнее при гепатоцитоллизе?

- а) карбенициллин
- б) оксациллин
- в) лактулоза
- г) фурасемид

166. При каком симптоме хронического гепатита преднизолон не показан?

- а) наличии HBs-антигена
- б) гипертрансаминаземии
- в) гиперпротеинемии
- г) гипоальбуминемии

167. При печеночно-клеточной недостаточности не показано применение

- а) эссенциале
- б) преднизолон
- в) ингибиторов ферментов (трасилол, контрикал и т. д.)
- г) сульфаниламидов

168. При гепаторенальном синдроме неэффективно применение
- а) плазмафереза
 - б) гемосорбции
 - в) внутривенной инфузионной терапии с введением гепарина, свежезамороженной плазмы, альбумина, эссенциале
 - г) введение 10% раствора глюкозы с препаратами калия внутривенно
169. При лечении гепатобилиарной патологии (вне обострения) нецелесообразно назначение
- а) теплых ванн
 - б) местного воздействия преобразованной электроэнергии (диатермии, УВЧ и т. д.)
 - в) аппликаций парафина, озокерита, грязи
 - г) акупунктуры
170. Что нецелесообразно назначать при желтухе Жильбера?
- а) минеральную воду
 - б) отвар овса
 - в) сбалансированное питание
 - г) сернокислую магнезию
171. Какое лечение при желтухе Жильбера неоправдано?
- а) гепатотропное
 - б) антибактериальное
 - в) антидистрофическое
 - г) диетотерапия
172. Поражение поджелудочной железы обязательно
- а) при муковисцидозе
 - б) при кишечной инфекции
 - в) при скарлатине
 - г) при колите
173. Панкреатопатия встречается реже
- а) при эзофагите
 - б) при дисбактериозе
 - в) при желчнокаменной болезни
 - г) при язвенной болезни 12-перстной кишки
174. Какое заболевание реже осложняется панкреатитом?
- а) аллергические заболевания
 - б) дискинезии 12-перстной кишки
 - в) подпеченочный холестаз
 - г) кишечная инфекция
175. Какой клинический признак не характерен для приступа панкреатита?
- а) боли в гипогастрии
 - б) вздутие живота
 - в) запор
 - г) диарея
176. Какой клинический признак не встречается при приступе панкреатита?
- а) температурная реакция
 - б) интоксикация
 - в) иктеричность кожи и склер
 - г) буллезный дерматит
177. Какой клинический признак не характерен для приступа панкреатита?
- а) геморрагические высыпания
 - б) зуд кожи
 - в) сосудистые нарушения
 - г) рвота
178. Какое дополнительное инструментальное исследование наиболее информативно при панкреатите?
- а) рентгеноконтрастное исследование 12-перстной кишки
 - б) ультразвуковое исследование
 - в) рентгеноконтрастное исследование 12-перстной кишки с использованием гипотонии
 - г) обзорная рентгенограмма брюшной полости
179. Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать
- а) состав периферической крови
 - б) сахар крови

- в) уровень кальция в сыворотке крови
- г) уровень амилазы сыворотки крови

180. С каким заболеванием обязательно проводить дифференциальный диагноз приступа панкреатита?

- а) с проктитом
- б) с аппендицитом
- в) с инвагинацией, непроходимостью кишечника
- г) с дискинезией желчевыводящих путей

181. С каким заболеванием обязательно проводить дифференциальный диагноз приступа панкреатита?

- а) с копростазом
- б) с гастритом
- в) с почечной коликой
- г) с печеночной коликой

182. С каким заболеванием обязательно проводить дифференциальный диагноз приступа панкреатита?

- а) с диафрагмальной грыжей
- б) с перекрутом кисты яичника
- в) с энтеритом
- г) с острым холециститом

183. При панкреатите необходимо исключить из питания

- а) концентрированные овощные соки
- б) хлеб
- в) мясо нежирное
- г) каши

184. К патогенетическим средствам лечения приступа панкреатита относятся

- а) антибиотики
- б) десенсибилизирующие препараты
- в) ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
- г) холинолитики (атропин, платифиллин)

185. При лечении приступа панкреатита на догоспитальном этапе нельзя назначать

- а) спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин)
- б) 0,1% раствор атропина парентерально
- в) прием пищи и питья
- г) антигистаминные препараты

186. Какие препараты обязательно использовать для внутривенных вливаний при приступе панкреатита?

- а) реополиглюкин, 0,5% раствор новокаина
- б) свежемороженную плазму с гепарином
- в) ингибиторы ферментов
- г) наркотики

187. Какие препараты нельзя использовать для лечения острого и хронического панкреатита?

- а) стугерон, циннаризин
- б) морфий
- в) пищеварительные ферменты
- г) спазмолитические и холинолитические препараты (но-шпа, папаверин, платифиллин)

188. Какова основная функция тонкой кишки?

- а) всасывание
- б) двигательная
- в) выделительная
- г) поддержание эубиоза

189. Какое дополнительное исследование подтверждает наличие хронического энтерита?

- а) ирригоскопия
- б) биопсия тонкой кишки
- в) ректороманоскопия
- г) гастрофибродуоденоскопия

190. Наиболее частой причиной развития энтероколита у детей старшего возраста является

- а) наличие запоров
- б) нарушение диеты
- в) наличие затяжной кишечной инфекции
- г) наличие компенсированного дисбактериоза

191. Какая наиболее частая причина развития хронических энтеритов у детей?

- а) повторные кишечные инфекции
- б) дисбактериоз
- в) дефекты питания
- г) некорригированные врожденные ферментопатии

192. Ведущим клиническим синдромом при хроническом энтерите является

- а) боли в гипогастрии
- б) синдром нарушенного всасывания
- в) боли натощак
- г) запоры

193. Какие препараты являются основными в лечении хронического энтерита?

- а) соляная кислота с пепсином
- б) анаболические препараты
- в) минеральные воды
- г) полиферментные препараты

194. Какие виды пищеварения осуществляются в тонкой кишке?

- а) полостное (внутрикишечное)
- б) мембранное
- в) внутриклеточное
- г) все перечисленное

195. Из перечисленных копрологических признаков для хронических энтеритов характерны все перечисленные, кроме

- а) креатореи
- б) амилореи
- в) стеатореи II типа
- г) стеатореи I типа

196. Из перечисленных препаратов улучшают всасывание в тонкой кишке все перечисленные, кроме

- а) никотиновой кислоты
- б) эуфиллина
- в) фенобарбитала
- г) вазелинового масла

197. Какие продукты не рекомендуются в период обострения хронического энтерита?

- а) капуста
- б) мясное гаше
- в) кисломолочные продукты
- г) кисели

198. Какой препарат показан при интестинальной ишемии?

- а) никотиновая кислота
- б) глюконат кальция
- в) соляная кислота с пепсином
- г) фурановые препараты

199. Какой препарат замедляет пассаж по тонкой кишке?

- а) имодиум
- б) соляная кислота с пепсином
- в) панкреатин
- г) вазелиновое масло

200. При сопутствующей дисхолии целесообразны все перечисленные полиферментные препараты, за исключением

- а) холензима
- б) абомина
- в) панзинорма-форте
- г) фестала

201. Для стеатореи II типа характерно наличие в кале

- а) жирных кислот
- б) нейтрального жира
- в) йодофильной флоры
- г) зерен крахмала

202. Для стеатореи I типа характерно наличие в кале

- а) нейтрального жира
- б) жирных кислот
- в) растворимого белка
- г) слизи

203. К основной флоре толстой кишки относится все перечисленное, за исключением
- а) кишечной палочки
 - б) клостридий
 - в) лактобактерина
 - г) бифидумбактерий
204. Каким методом можно определить двигательную функцию толстой кишки?
- а) копрограммой
 - б) ректороманоскопией
 - в) ирригоскопией
 - г) колоноскопией
205. Какая функция является обязательной для толстой кишки?
- а) выделительная
 - б) протеолиз белков
 - в) гидролиз жиров и углеводов
 - г) поддержание рН в организме
206. С какой функцией толстой кишки связано формирование каловых масс?
- а) всасыванием жидкости
 - б) протеолизом белков
 - в) биоценозом
 - г) гидролизом жиров
207. Какие показатели копрограммы не связаны с патологией толстой кишки?
- а) мышечные волокна
 - б) слизь
 - в) лейкоциты
 - г) эритроциты
208. Для какого отдела кишечника малоинформативно исследование на скрытую кровь?
- а) для прямой кишки
 - б) для тонкой кишки
 - в) для двенадцатиперстной кишки
 - г) для слепой кишки
209. К основному копрологическому признаку неспецифического язвенного колита относится
- а) выделение слизи с кровью
 - б) стеаторея
 - в) амилорея
 - г) креаторея
210. Какие бактерии не относятся к сопутствующей флоре толстой кишки?
- а) стафилококки
 - б) кишечная палочка
 - в) клостридии
 - г) энтерококки
211. Какие симптомы являются показанием для проведения ирригоскопии?
- а) боли натошак в эпигастрии
 - б) боли по ходу толстой кишки перед дефекацией
 - в) выделение слизи, крови с калом
 - г) боли в области ануса после дефекации
212. Какие симптомы являются показанием для проведения колоноскопии?
- а) спастический запор
 - б) повторные кровотечения из прямой кишки
 - в) простой запор
 - г) боли по ходу толстой кишки
213. Для проведения ректороманоскопии показаниями являются все перечисленные, за исключением
- а) перенесенной кишечной инфекции
 - б) отсутствия самостоятельного стула
 - в) болей по ходу поперечноободочной кишки
 - г) болей в области эпигастрии
214. При каких заболеваниях толстой кишки обязательна прицельная биопсия?
- а) при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
 - б) при спастическом запоре

- в) при проктосигмоидите
- г) при дисбактериозе

215. Для какого заболевания не характерно выпадение слизистой оболочки толстой кишки?

- а) для дизмезенхимоза анального отверстия
- б) для перенесенной кишечной инфекции
- в) для аномалии анальной области
- г) для язвенной болезни 12-перстной кишки

216. Какой метод позволяет выявить аномалии толстой кишки?

- а) ректороманоскопия
- б) ирригоскопия
- в) посев на дисбактериоз
- г) копрология

217. Для какого заболевания толстой кишки характерны парапроктиты?

- а) для неспецифического язвенного колита
- б) для болезни Крона
- в) для проктосигмоидита
- г) для постинфекционного колита

218. Какое исследование необходимо проводить при подозрении на инородное тело прямой кишки?

- а) исследование кала на дисбактериоз
- б) ректороманоскопию
- в) копрологию
- г) колоноскопию

219. Какие изменения слизистой оболочки прямой кишки предшествуют развитию геморроя?

- а) катаральный проктит
- б) сфинктерит
- в) расширение вен прямой кишки
- г) фолликулит

220. Какое исследование необходимо проводить при подозрении на полипы толстой кишки?

- а) ректороманоскопию
- б) колоноскопию
- в) копрологию
- г) исследование на дисбактериоз

221. Какое исследование необходимо проводить при подозрении на трещины прямой кишки?

- а) ректороманоскопию
- б) ирригоскопию
- в) колоноскопию
- г) копрограмму

222. Для болезни Крона характерно

- а) внутрибрюшной абсцесс
- б) парапроктит
- в) постгеморрагическая анемия
- г) все перечисленное

223. Какое исследование необходимо проводить при подозрении на повторные кровотечения из толстой кишки?

- а) ректороманоскопию
- б) колоноскопию
- в) копрограмму
- г) исследование кала на дисбактериоз

224. Какой клинический признак не характерен для абдоминального синдрома, связанного с заболеванием толстой кишки?

- а) боли в животе по ходу толстой кишки
- б) боли в правом подреберье
- в) боли в эпигастрии
- г) боли в области ануса после дефекации

225. Показаниями для плановой госпитализации являются

- а) рецидивирующие боли по ходу толстой кишки, не облегчающиеся дефекацией
- б) алиментарный запор
- в) боли в подреберьях, после физической нагрузки
- г) однократные боли в животе после приема грубой пищи

226. Показаниями для экстренной госпитализации являются
- рецидивирующие боли по ходу толстой кишки
 - положительные симптомы раздражения брюшины
 - боли в эпигастрии после еды
 - боли в правом подреберье после еды
227. Показаниями для консультации проктолога-хирурга являются
- простой запор
 - проктосигмоидит
 - выпадение слизистой оболочки прямой кишки
 - дисбактериоз
228. Показаниями для срочного рентгеноконтрастного исследования толстой кишки являются
- признаки непроходимости
 - спастический запор
 - боли в области сигмы
 - боли в области слепой кишки
229. Правильным методом лечения синдрома "болей в животе" является
- назначение спазмолитиков
 - назначение желчегонных
 - симптоматическая терапия
 - патогенетическая терапия
230. Группой риска заболеваний желудка является
- дисбактериоз
 - семейная предрасположенность к заболеваниям толстой кишки
 - запоры
 - гиперацидность
231. Принцип диетотерапии в группе риска по колитам заключается в назначении
- желчегонной диеты
 - механически щадящей диеты
 - диеты, регуливающей ритм дефекации
 - антацидной диеты
232. Непрерывная диетическая профилактика колитов, сопровождающихся запорами, заключается в назначении
- шлакогонной диеты с механической обработкой клетчатки
 - желчегонной диеты
 - молочно-растительной диеты
 - возрастного общего стола
233. При колитах предпочтительнее включать в рацион питания
- животный белок
 - молоко
 - сладкие блюда
 - капусту
234. Физиотерапевтическая профилактика утраты рефлекса на дефекацию заключается в назначении
- электрофореза
 - контактного тепла
 - кишечного душа с минеральной водой
 - субаквальных ванн
235. Фитопрофилактика раздраженной толстой кишки заключается в назначении
- ромашки, зверобоя, пустырника
 - желчегонных средств
 - листа сенны
 - экстракта крушины
236. Медикаментозная профилактика при неспецифическом язвенном колите заключается в назначении
- сульфосалазина
 - средств, нормализующих состав флоры толстой кишки
 - спазмолитиков
 - преднизолона длительно
237. Санаторно-курортное лечение при неспецифическом язвенном колите заключается в рекомендации
- курортов Кавказских минеральных вод при полной ремиссии
 - курортов Кавказских минеральных вод при частичной ремиссии
 - местных гастроэнтерологических санаториев при полной ремиссии

г) курортов Черноморского побережья Кавказа

238. Какая патология не сопровождается рвотой с кровью?

- а) носовое кровотечение
- б) эзофагит (геморрагический, язвенный)
- в) дискинезия желчевыводящих путей
- г) портальная гипертензия с расширением вен пищевода

239. Какое заболевание желудка не сопровождается рвотой с кровью?

- а) гастрит геморрагический, эрозивный
- б) язва желудка
- в) гиперацидность желудка
- г) синдром Меллори - Вейса

240. Какое гастроэнтерологическое заболевание не сопровождается рвотой и кровью?

- а) язвенная болезнь 12-перстной кишки
- б) высокая кишечная непроходимость
- в) диафрагмальная грыжа
- г) холелитиаз

241. При каком заболевании кровотечение из желудочно-кишечного тракта сопровождается болью?

- а) при гемофилии
- б) при тромбоцитопенической пурпуре
- в) при геморрагическом васкулите, тромбоваскулите, ДВС-синдроме
- г) при болезни Виллебранда

242. Кишечные кровотечения не характерны

- а) для дивертикула Меккеля
- б) для полипоза
- в) для геморроя
- г) для муковисцидоза

243. Кишечное кровотечение не характерно

- а) для язвенно-некротического энтероколита
- б) для болезни Крона
- в) для неспецифического язвенного колита
- г) для целиакии

244. При рвоте с кровью наиболее целесообразно производить

- а) эзофагогастродуоденоскопию
- б) рентгеноконтрастное исследование с барием пищевода, желудка и 12-перстной кишки
- в) УЗИ
- г) рентгенографию 12-перстной кишки с медикаментозной гипотонией

245. При кишечном кровотечении показаны все перечисленные исследования, за исключением

- а) ирригографии с двойным контрастированием и нагнетанием бариевой взвеси и кислорода под повышенным давлением
- б) ректороманоскопии
- в) колоноскопии
- г) исследования прямой кишки пальцем

246. Положительная реакция на скрытую кровь не характерна

- а) при полипе толстой кишки
- б) при язвенной болезни 12-перстной кишки
- в) при дискинезии желчного пузыря
- г) при язвенном колите

247. Какое исследование целесообразно провести первым при подозрении на кровотечение из вен пищевода?

- а) исследование сывороточного железа
- б) эзофагоскопию
- в) исследование мокроты на сидерофаги
- г) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

248. Какое осложнение не возникает при кровотечении из желудочно-кишечного тракта?

- а) постгеморрагическая анемия
- б) перфорация
- в) трофические нарушения, дистрофия, ишемия, тромбозы, некрозы
- г) гемолиз

249. Какой признак не характерен для постгеморрагической анемии?

- а) снижение сывороточного железа
- б) ретикулоцитоз
- в) низкий цветной показатель
- г) нормальный или высокий цветной показатель

250. Какое исследование крови в динамике (1-2 раза в день) не обязательно при кровотечении из желудочно-кишечного тракта?

- а) определение количества тромбоцитов, времени кровотечения и свертывания
- б) определение гемоглобина
- в) определение СОЭ
- г) определение гематокрита

251. При рвоте с кровью показаны все перечисленные мероприятия, за исключением

- а) холодной, механически, химически щадящей пищи
- б) гемостатического коктейля
- в) ацетилсалициловой кислоты
- г) холода местно

252. При кишечном кровотечении показаны все перечисленные мероприятия, за исключением

- а) гемостатического коктейля
- б) антигистаминных препаратов
- в) пищи в виде желе
- г) гемостатических препаратов

253. Какое заболевание почек и мочевыводящей системы реже сопровождается болями в животе?

- а) нефроптоз
- б) мочекаменная болезнь
- в) пиелонефрит
- г) нефрит

254. Какое заболевание не сопровождается болями в гипогастрии?

- а) аппендицит
- б) целиакия
- в) гинекологическая патология
- г) проктосигмоидит

255. Какое исследование наиболее информативно при мезоадените?

- а) пальпация
- б) рентгеноконтрастное исследование пищеварительного тракта
- в) тубпробы
- г) лапароскопия

256. Какой признак не характерен для "острого живота"?

- а) брадикардия
- б) сухость языка
- в) признаки раздражения брюшины
- г) болезненная пальпация живота

257. Какое исследование не обязательно при приступе болей неясного генеза в животе?

- а) пальцевое исследование
- б) УЗИ, обзорный рентгеновский снимок
- в) лапароскопия
- г) радиоизотопное исследование печени с технецием

258. Какое лечебное мероприятие можно проводить при неуточненной причине болей в животе?

- а) тепловые процедуры
- б) очистительные клизмы
- в) обезболивающие средства
- г) послабляющие препараты

259. Консультация какого специалиста не обязательна на первом этапе обследования ребенка по поводу болей в животе?

- а) хирурга
- б) гинеколога, уролога
- в) ЛОР-врача
- г) невропатолога

260. Показаниями для экстренной госпитализации не являются

- а) рецидивирующие боли в животе
- б) положительные симптомы раздражения брюшины
- в) рвота с кровью

Тестовый контроль

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-А | 002-А | 003-А | 004-А | 005-А | 006-А | 007-А |
| 008-В | 009-Г | 010-А | 011-Б | 012-В | 013-Г | 014-А |
| 015-Б | 016-В | 017-Г | 018-А | 019-Б | 020-А | 021-В |
| 022-Г | 023-В | 024-В | 025-Г | 026-А | 027-А | 028-Б |
| 029-А | 030-Г | 031-Г | 032-Г | 033-Г | 034-Б | 035-Г |
| 036-А | 037-Б | 038-А | 039-В | 040-В | 041-Б | 042-А |
| 043-Г | 044-Б | 045-Г | 046-В | 047-Г | 048-А | 049-Г |
| 050-Г | 051-А | 052-А | 053-А | 054-Б | 055-Г | 056-А |
| 057-Б | 058-В | 059-В | 060-Г | 061-Б | 062-А | 063-Б |
| 064-Г | 065-А | 066-Г | 067-Г | 068-В | 069-Г | 070-Г |
| 071-А | 072-В | 073-Г | 074-Б | 075-Г | 076-Г | 077-Г |
| 078-Б | 079-В | 080-А | 081-В | 082-В | 083-Г | 084-Г |
| 085-Г | 086-А | 087-Г | 088-Г | 089-Г | 090-Г | 091-Г |
| 092-А | 093-Б | 094-В | 095-Г | 096-Б | 097-Г | 098-Г |
| 099-Г | 100-В | 101-В | 102-А | 103-В | 104-Г | 105-Г |
| 106-Г | 107-В | 108-Б | 109-Б | 110-Г | 111-В | 112-Г |
| 113-Б | 114-А | 115-Г | 116-В | 117-Б | 118-А | 119-В |
| 120-А | 121-Б | 122-Г | 123-Г | 124-В | 125-В | 126-Г |
| 127-Б | 128-Г | 129-А | 130-Г | 131-Г | 132-Г | 133-В |
| 134-Г | 135-Г | 136-Г | 137-А | 138-Г | 139-А | 140-В |
| 141-Г | 142-А | 143-Г | 144-Б | 145-Г | 146-В | 147-Г |
| 148-А | 149-А | 150-Г | 151-А | 152-Г | 153-В | 154-Б |
| 155-Г | 156-В | 157-Г | 158-Г | 159-Г | 160-Г | 161-Б |
| 162-В | 163-В | 164-В | 165-В | 166-А | 167-Г | 168-Г |
| 169-Б | 170-Г | 171-Б | 172-А | 173-А | 174-Г | 175-А |
| 176-Г | 177-Б | 178-Б | 179-Г | 180-А | 181-Б | 182-Б |
| 183-А | 184-В | 185-В | 186-Г | 187-Б | 188-А | 189-Б |
| 190-В | 191-Г | 192-Б | 193-Г | 194-Г | 195-Г | 196-Г |
| 197-А | 198-А | 199-А | 200-Б | 201-А | 202-А | 203-Б |
| 204-В | 205-А | 206-А | 207-А | 208-А | 209-А | 210-Б |
| 211-В | 212-Б | 213-Г | 214-А | 215-Г | 216-Б | 217-Б |
| 218-Б | 219-В | 220-Б | 221-А | 222-Г | 223-Б | 224-В |
| 225-А | 226-Б | 227-В | 228-А | 229-Г | 230-Г | 231-В |
| 232-А | 233-А | 234-В | 235-А | 236-Б | 237-В | 238-В |
| 239-В | 240-Г | 241-В | 242-Г | 243-Г | 244-В | 245-А |
| 246-В | 247-Б | 248-Г | 249-Г | 250-В | 251-В | 252-Б |
| 253-Г | 254-Б | 255-Г | 256-А | 257-Г | 258-Б | 259-В |
| 260-А | | | | | | |

Ситуационные задачи:**ЗАДАЧА 1**

Мальчик 13 лет, в течение последних двух лет беспокоят боли в эпигастральной области утром натощак, реже через 1-1,5 часа после еды, иногда бывают ночные боли. Боли купируются приёмом пищи или 1-2 пакетиков фосфалюгеля. В это же время появились диспепсические явления: отрыжка, тошнота, редкая изжога. Обострения бывают до 3 раз в год, чаще в осенне-весеннее время, провоцирующими факторами являются стрессовые ситуации, а также использование продуктов предприятий быстрого питания. Настоящее обострение наблюдается в течение последних 2 недель.

Семейный анамнез: по линии отца ребёнка отмечаются язвенная болезнь 12-перстной кишки (у бабушки и отца), гастрит (у бабушки), по линии матери – вегетососудистая дистония по ваготоническому типу.

При осмотре: рост 164 см, масса 46 кг, кожные покровы бледно-розовые, язык обложен белым налётом. Сердце – ЧСС 66 уд/мин, тоны ясные, акцент второго тона на лёгочной артерии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот не вздут, симптом Менделя положительный в эпигастрии, пальпаторная болезненность в эпигастрии, пилорородуоденальной области, точке

Мейо-Робсона. Печень у края рёберной дуги, безболезненная. По другим органам без патологии.

Анализ крови клинический: Нб – 134 г/л, э.– $4,35 \times 10^{12}$ /л, ЦП– 0,92, л. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 55 %, эоз. - 3%, лимф. - 34%, мон. - 7%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, относительная плотность 1021, рН 6,0, белок нет, сахар нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, билирубин общий 10,2 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 430 ед (норма до 600 ед), АлАт 25 ед/л, АсАт -20 ед/л, амилаза 80 ед/л (норма до 120).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода гиперемирована, кардия плохо смыкается, гастро-эзофагальный рефлюкс. В желудке мутная слизь, гиперемия в области тела. Множественные плоские выбухания и гиперемия в области антрального отдела желудка. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, на задней стенке язвенный дефект 0,5х0,7см, округлой формы, с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином, на передней стенке щелевидная язва 0,3х0,7см с чистым дном. Взята биопсия.

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз, его обоснование.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Оцените представленные лабораторные исследования.
4. Какие исследования обязательно следует провести для патогенетического лечения?
5. Следует ли проводить ребёнку рН-мониторинг верхних отделов пищеварительного тракта и с какой целью?
6. Имеются ли эндоскопические признаки хеликобактерной инфекции?
7. Укажите все известные диагностические методы хеликобактерной инфекции, какие из них информативны для диагностики инвазии и для диагностики эрадикации *H.pylori*.
8. Что такое эрадикация *H.pylori* инфекции?
9. Предложите схему лечения данного заболевания.
10. Перечислите основные рекомендации по наблюдению больного после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 2

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоanamnez не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность

кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный.

Анализ крови клинический: Hb – 72 г/л; эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50г/л, Ht – 29 об%; лейкоц – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб – $390,0 \times 10^9$ /л; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: кол-во 90 мл, цвет – сол.-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 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 – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривеночные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.
9. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
10. Обоснуйте причины появления данной сопутствующей патологии.
11. Какова тактика диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 3

Мальчик, 10 лет, в течение последнего года боли в эпигастрии, появляющиеся утром до завтрака, через 1-2 часа после еды, ночные, а также иногда сразу после еды. Боли купируются приёмом пищи, маалоксом, но-шпой. Диспепсические жалобы: на отрыжку после еды, тошноту, урчание в животе при голоде. Настоящее обострение в течение недели после стрессового фактора в школе.

Семейный анамнез: у матери ребёнка хронический гастрит, у бабушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, бабушка по линии матери умер от рака желудка.

При осмотре: рост 150 см, масса 35 кг, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердце – тоны ясные, звучные, акцент II тона на лёгочной артерии, ЧСС – 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, симптом Менделя положительный в эпигастрии, болезненность при пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области, печень у края рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв 130 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,89, лейкоц.– $5,6 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 56 %, эоз. 2%, лимфоциты 33%, моноциты 6%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1019, рН 5,0, белок нет, сахар нет, Лейк. 1-2-3 в п/зр, эпителий плоский – 2-3 в п/зр, Слизь – небольшое количество.

Биохимический анализ крови: Общий белок 67 г/л, Билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, ЩФ 300 ед (норма до 600 ед), АлАт 21 ед/л, АсАт -24 ед/л, амилаза 100 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В желудке умеренное количество мутной слизи, в теле и антральном отделе множественные разнокалиберные выбухания, очаговая гиперемия. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3x0,6 см. По задней стенке на том же уровне – щелевидная язва с ровными краями и глубоким дном с наложениями детрита, размером 0,4x0,6 см на задней стенке. Взята биопсия слизистой антрального отдела.

Результаты биопсии: Выявлена 2 степень обсеменённости слизистой оболочки антрального отдела *Helicobacter pylori*.

Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин)

ЗАДАНИЕ:

1. Клинический диагноз и его обоснование
2. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Оцените результаты проведённых исследований
4. Перечислите основные звенья этиопатогенеза заболевания
5. Назначьте больному диету, какие её основные принципы.
6. Современные принципы лечения данного заболевания.
7. Принципы катamnестического наблюдения.

ЗАДАЧА 4

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. Беспокоят изжога, отрыжка с кислым запахом, боли за грудиной, возникающие после еды и ночью.

Семейный анамнез: Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет – гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) – рак пищевода.

Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 5 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен.

Осмотр: рост 160 см, масса 50 кг. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в 1 мин. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Анализ крови клинический: Hb – 126 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; ц.п. - 0,92; Лейк – $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%; с/я – 54%; э-3%; л - 32%; м - 8%; СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет – светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1023, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 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 (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сывороточное – 16 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: 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 (норма 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. Укажите анатомо-физиологические особенности кардиопищеводного перехода; в чем состоит антирефлюксный механизм нижнего пищеводного сфинктера.
5. С какой целью проводится рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта?
6. Какие осложнения данного заболевания?
7. Каковы внепищеводные проявления заболевания?
8. Назначьте терапию.
9. Какие режимные рекомендации следует соблюдать ребенку?
10. В каких случаях требуется хирургическое вмешательство?

ЗАДАЧА 5

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 учащенный до 5-8 раз в сутки, кашицеобразный, со слизью и прожилками крови; беспокоят боли в животе, особенно перед дефекацией, похудание, слабость, снижение аппетита, субфебрильная температура, потеря веса (за 6 месяцев похудел на 3 кг). Амбулаторное лечение повторными курсами антибактериальной терапии, пробиотиками без отчетливого положительного эффекта. Анализы кала на патогенную кишечную группу отрицательны.

Ребенок доношенный, первый в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 6 месяцев отмечается атопический дерматит, пищевая аллергия на цитрусовые, шоколад, белок коровьего молока.

Мать и отец ребёнка здоровы, у бабушки по линии матери лактазная недостаточность.

При осмотре: рост 85 см, масса 11,5 кг. Кожные покровы бледные, на лице, голених участки гиперемии со следами расчесов, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы – бледно розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Сердце – ЧСС 106 уд/мин, тоны ясные, звучные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Живот умеренно вздут, выраженная болезненность по ходу ободочной кишки, петли кишечника спазмированы, местами раздуты. Печень +1,5-2см, край плотный, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анус податлив.

Анализ крови клинический: Нв 92 г/л, эр. $3,6 \times 10^{12}$ г/л, ЦП 0,77, тромбоциты $155,8 \times 10^9$ /л, лейкоциты $12,8 \times 10^9$ г/л, юные 1%, п/я 6%, с/я 43 %, эоз 5%, л 36%, м 9%, СОЭ 18 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020, рН 6,0, белок нет, сахар нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий плоский – немного, эритроциты - нет, оксалаты – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, альбумин 50%, глобулин α_1 6%, α_2 13%, β 10%, γ 21%, билирубин общий 10 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 620 ед (норма до 600 ед), АлАТ 24 ед/л, АсАТ – 34 ед/л, амилаза 60 ед/л (норма до 120), железо 8 мкмоль/л, ОЖСС 75 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ ++.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточные – довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона резко положительная, Лейкоциты – 12-20-30 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения, 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 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, архитектура крипт нарушена, имеется их частичная атрофия.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие приведённые данные анамнеза, лабораторно-инструментальных исследований подтверждают Ваш диагноз?
3. Какая степень тяжести заболевания у ребёнка?
4. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
5. Какое 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 6

Девочка, 8 лет. В течение 2-х лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правом подреберье через 30-45 минут после еды, особенно при приеме жирной, обильной пищи, при физической нагрузке, сопровождающиеся диспептическими явлениями: тошнота, отрыжка, горечь во рту. Девочка эмоционально лабильна, плаксива. На первом году жизни наблюдалась по поводу синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома мышечного гипертонуса.

Семейный анамнез: у матери – холецистит, отец – здоров. Бабушка по материнской линии – ЖКБ (оперирована).

При осмотре: Рост – 132 см, масса – 26 кг. Кожные покровы бледно-розовые, склеры белые. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные, звучные, ЧСС – 92 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень + 0,5-1см из-под края реберной дуги. Положительные пузырьные симптомы: Кера, Мерфи, Ортнера. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв – 128 г/л, эр – $4,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,87, лейкоц. – $7,6 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 49%, эоз. – 3%, лимф. – 40%, мон. – 5%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1017, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 3-4 в п/зрения, соли – оксалаты немного.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, β – 12%, γ – 15%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АЛАТ – 20 ед/л, АсАТ – 25 ед/л, ЩФ – 650 ед/л (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120), γ – ГТП – 18 ед, тимоловая проба – 4 ед.

УЗИ брюшной полости: Увеличение правой доли печени, уплотнение внутриспечёночных желчных протоков. Желчный пузырь – 60x30 мм, перегиб в области дна. Через час после завтрака желчный пузырь сократился до размеров 25x15 мм (на 80%). Толщина стенок желчного пузыря – 1,5 мм. Поджелудочная железа – 19/10/13, средней эхогенности.

Эзофагогастродуоденоскопия: Органической патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите анализ анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Укажите алгоритм дифференциальной диагностики.
4. Укажите маркёры холестаза.
5. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
6. Играет ли роль в функционировании желчного пузыря наличие перегиба в области дна.
7. Назовите дополнительные методы обследования.
8. Назначьте диету.
9. Обоснуйте лекарственную терапию.
10. Нуждается ли ребёнок в консультации невролога.

ЗАДАЧА 7

Девочка 10 лет, в течение 1 года предъявляет жалобы на боли в животе, в основном околопупочной области и правом подреберье, через 20-30 минут после приёма пищи, особенно обильной или жирной, нечасто беспокоили тошнота, горечь во рту, изредка осветлённый стул. Жалобы появились 1 год назад после перенесённой кишечной инфекции (повышение температуры, рвота, боли в животе, жидкий стул). Ребёнок питается нерегулярно, так как имеет дополнительные учебные нагрузки (занятия в музыкальной школе и хореографической студии).

Семейный анамнез: у матери – гастрит, отец – здоров. У бабушки по материнской линии – ЖКБ.

При осмотре: рост – 141 см, масса – 37 кг. Кожные покровы бледно-розовые, краевая субиктеричность склер. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 84 в минуту. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, точке желчного пузыря. Положительные пузырьные симптомы: Кера, Ортнера, Мэрфи. Печень +0,5-1см из-под края реберной дуги, мягкоэластичной консистенции. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нб – 134 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,93, лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 59%, эоз. – 4%, лимф. – 27%, мон. – 6%, СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – светло-жёлтый, Прозрачная, Относительная плотность – 1016, рН – 5,5, Белок – нет, Сахар – нет, Желчные пигменты – нет, Лейк. – 2-3 в п/зрения, Эритроц. – нет, Слизь – немного.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 70 г/л, Альбумины – 40 %, Билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АлАт – 30 ед/л, АсАт – 28 ед/л, ЩФ – 620 ед/л (норма – до 600), Амилаза – 100 ед/л (норма – до 120), γ ГТП – 34 ед/л (норма до 32), СРБ = +.

УЗИ брюшной полости: Печень – незначительно увеличена правая доля, уплотнение внутриспечёночных желчных ходов. Желчный пузырь грушевидной формы 70/45 мм,

толщина стенок желчного пузыря 3-4 мм, выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные, в полости густая взвесь, общий пузырный проток расширен до 5-6 мм, стенки утолщены. Поджелудочная железа 14/10/15 мм, единичные гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Оцените результаты лабораторно-инструментальных исследований.
3. Нуждается ли ребёнок в дальнейших исследованиях? Каких?
4. Этиопатогенез заболевания, перечислите основные причины данного заболевания.
5. Что является провоцирующим фактором для развития болевого абдоминального синдрома?
6. Что такое симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи?
7. Есть ли у ребёнка признаки синдрома холестаза?
8. В какой диете нуждается ребёнок?
9. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 8

Мальчик, 11 лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут 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 минут 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 отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул осветленный, оформленный.

Анализ крови клинический: Нв – 130 г/л, Эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц. п. – 0,95, Лейк – $10 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с/я – 62%, л – 24%, м – 4%, э – 2%, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,5, плотность – 1025, белок – нет, сахар – нет, Лейк – 2-3 в п/зр, Эритроц. – 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 (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 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 ультразвукового исследования.
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 для хирургического вмешательства при данном заболевании и каковы его принципы?

ЗАДАЧА 9

Девочка, 5 лет, при поступлении в стационар предъявляет жалобы на запоры по 3-4 дня, затруднённую дефекацию нередко небольшим количеством кала преимущественно после очистительной клизмы. Каловые массы очень плотные, колбасовидные, диаметром 3-4 см. беспокоят боли в животе перед стулом, метеоризм, неприятный запах изо рта. Ребёнок задерживает дефекации, особенно после 3 лет, когда стал посещать детский сад. За последние 2 месяца несколько раз отмечалось недержание кала.

Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяцев, наблюдалась у невропатолога по поводу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Семейный анамнез: мать в течение многих лет страдает запорами, отец – здоров. У бабушки по линии матери – ЖКБ.

При осмотре: рост – 110 см, масса – 19,5 кг. Кожные покровы бледно-розовые, суховатые, особенно в области нижних конечностей. Склеры белые, язык географический. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 98 в минуту. Живот умеренно вздут при пальпации натощак, болезненность по ходу ободочной кишки, сигмовидная кишка уплотнена, расширена, пальпируются каловые массы. Печень +1 из-под края реберной дуги, слабopоложительные пузырьные симптомы (Кера, Мэрфи, Ортнера). Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв – 118 г/л, эр – $3,9 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоц. – $7,1 \times 10^9/л$, п/я – 1%, с/я – 48%, эоз. – 5%, лимф. – 42%, мон. – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1020, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, соли – оксалаты немного.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, Глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 9%, β – 13%, γ – 17%, билирубин общий – 10 мкмоль/л, связанный – 8 мкмоль/л, АЛТ – 18 ед/л, АсАТ – 24 ед/л, ЩФ – 610 ед/л (норма – до 600), амилаза – 60 ед/л (норма – до 120).

Ирригография(скопия): толстая кишка расположена правильно, слегка расширена, поперечно-ободочный отдел обычного диаметра, гаустрация

выражена умеренно, нисходящая ободочная кишка расширена, гипотонична, гаустрация выражена слабо, сигмовидная кишка имеет дополнительные петли, диаметр расширен, прямая кишка увеличена в диаметре, видно выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение неполное. Рисунок слизистой оболочки кишки перестроен.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз на основе вышеизложенных данных.
3. Требуется ли ребёнку дополнительные методы исследования?
4. Нуждается ли ребёнок в проведении исследования функции толстой кишки? Какими методами?
5. Укажите основные принципы построения диеты при данной патологии.
6. Назначьте лечение ребёнку.

ЗАДАЧА 10

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, похудание 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 рубцует 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 минуту. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, петли которой спазмированы. Выраженная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре ануса – трещина с подрытыми краями. Печень +0,5, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Нв – 108 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,83, тромбоциты – $330 \times 10^9 /л$, лейкоц. – $12 \times 10^9 /л$, п/я – 6%, с/я – 70%, эоз. – 2%, лимф. – 17%, мон. – 5%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1021, рН – 5,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, 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 (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120), железо – 12 мкмоль/л, ОЖСС – 72 мкмоль/л, СРБ – +.

Копрограмма: Цвет – тёмно-коричневый, неоформленный, рН – 7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоц. – 20-25 в поле зрения, эр. – 5-7 в поле зрения, 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». Баугиниева заслонка зияет, слепая кишка обычной формы, слизистая оболочка розовая. Ободочная кишка представлена мозаичным чередованием неизменной слизистой оболочки с участками отека гиперемии, легко ранимой

слизистой оболочки с множественными чередованием поражённых и неизмененных участков. На слизистой оболочке слепой и ободочной кишки глубокие щелевидные язвы, продольные, расположенные вдоль теней кишки, ободочная кишка ригидная. Взята лестничная биопсия.

Гистологическое обследование фрагментов слизистой оболочки толстой кишки: Поражены все оболочки кишечной стенки, имеется глубокий фиброз, инфильтрация стенки макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами. Определяются эпителиоцелочные 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. Укажите характерные морфологические признаки данного заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
6. Какая степень активности заболевания у пациента, почему?
7. Составьте план лечения. Где должно проводиться лечение?
8. Какие базисные препараты используются в лечении?
9. Каково необходимое диспансерное наблюдение?
10. Каковы осложнения, характерные для данной патологии?

ЗАДАЧА 11

Мальчик, 13 лет. В течение 1,5 лет у ребенка наблюдаются периодические приступы боли 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: Нв – 124 г/л, эр – $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,88, лейкоц – $6,6 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 51%, л – 36%, м – 6%, э – 3%, СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,0, относительная плотность – 1021, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п/зр, эритроц. – 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 (N – до 40), АсАТ – 60 ед/л (N – до 40), 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 (норма 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 (норма – до 2 мм), поджелудочная железа – паренхима эхооднородная 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. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Оцените общий анализ крови. Оцените биохимическое исследование крови.
5. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
6. Какие дополнительные методы исследования потребуются для уточнения этиологии заболевания?
7. Какие исследования следует провести для выявления возможной экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы?
8. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
9. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
10. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.
11. Каковы показания для хирургического вмешательства при данном заболевании и каковы его принципы?

ЗАДАЧА 12

Мальчик 9 лет, во время занятий спортивной борьбой получил удар ногой в область живота, после чего появились сильные схваткообразные боли по всему животу, иррадирующие в спину, ребёнок занял полусогнутое положение, через 2 часа появилась тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения. Бригадой скорой помощи ребёнок доставлен в больницу.

Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре: рост – 136 см, масса 32 кг. Кожные покровы бледные, слизистые розовые, синева под глазами. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные. ЧСС – 106 в минуту. Живот вздут в верхних отделах, небольшой мышечный дефанс в области левого подреберья, болезненность при локальной пальпации в точках Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Дефекация без особенностей.

Анализ крови клинический: Нб – 124 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоц. – $10,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 57%, эоз. – 3%, лимф. – 28%, мон. – 7%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенный, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, слизь – немного.

Анализ мочи на диастазу: 512 ед (норма – 32-64 ед)

Биохимический анализ крови: Общий белок – 70 г/л, альбумины – 55 %, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 15%, билирубин общий – 14 мкмоль/л, связанный – 1,5 мкмоль/л, АЛАТ – 24 ед/л, АсАТ – 36 ед/л, ЩФ – 420 ед/л (норма – до 600), амилаза – 188 ед/л (норма – до 120), тимоловая проба – 34 ед.

УЗИ органов брюшной полости: Печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не повышена, сосудистый рисунок не усилен. Желчный пузырь 50x25 мм, толщина стенок 1 мм, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа: головка 32 мм (норма – 18), тело 24 мм (норма – 15), хвост 36 мм (норма – 19), эхогенность снижена, контуры ровные.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите этиопатогенетические механизмы заболевания.
3. Требуется ли дополнительные методы исследования, какие?
4. Назначьте ребёнку диету и лечение.
5. Укажите план наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 13

Девочка, 8 лет, в течение 2 лет предъявляет жалобы на боли в околопупочной области, появляющиеся чаще через 30-40 минут после еды, реже утром натощак и после длительного перерыва в еде. Боли купируются в горизонтальном положении или после еды. Беспокоят тошнота при болях в животе, отрыжка после еды.

В семье мать и отец болеют хроническим гастритом, у бабушки по линии матери желчекаменная болезнь (оперирована).

При осмотре: рост 128 см, масса 26 кг. Кожные покровы бледно-розовые, слизистые оболочки розовые, субиктеричность склер, язык у корня обложен белым налётом. Сердце – тоны ясные, звучные, ЧСС 92 уд/мин. Живот слегка вздут, симптом Менделя отрицательный. При пальпации болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, точках желчного пузыря (положительные симптомы Керра, Мэрфи, Ортнера). Печень +1,5 см изпод края реберной дуги, пальпация слабо болезненная. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, со склонностью к запорам.

Анализ крови клинический: Нб 126 г/л, эр. $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, лейкоц. $7,2 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 48 %, эоз 3%, лимфоциты 40%, моноциты 7%, СОЭ 5 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет – светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020, рН 6,0, белок нет, сахар нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий плоский – единичный, слизь – небольшое количество.

Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, билирубин общий 18 мкмоль/л, прямой 3,0 мкмоль/л, ЩФ 620 ед (норма до 600 ед), АЛАТ 28 ед/л, АсАТ -19 ед/л, амилаза 80 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, кардия смыкается полностью. В желудке много мутной слизи с примесью желчи, очаговая гиперемия в области тела и антрального отдела, складки гипертрофированы, на стенках желудка множественные разнокалиберные выбухания в антральном отделе, очаговая гиперемия и беловатые выбухания в области луковицы и постбульбарных отделах 12-пк, отёчность в области фатерова соска. Биопсия.

Быстрый уреазный тест: положительный.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень: увеличена незначительно правая доля печени, уплотнены внутрипечёночные желчные ходы. Желчный пузырь 60/25 мм, перегиб в области шейки, стенка которого 2 мм, поджелудочная железа 19/12/20 (норма 14/10/15), повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
4. Следует ли ребёнку провести исследование кислотообразования в желудке и каким методом?
5. О чём свидетельствуют изменения, выявленные при УЗИ
6. Назначьте диету по Певзнеру.
7. Назначьте лечение по основному заболеванию
8. Какие дополнительные средства лечения необходимо использовать при учёте сопутствующей патологии
9. Следует ли ребёнку проводить контрольную ЭГДС.

ЗАДАЧА 14

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад ребенок стал 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-ой нормально протекавшей беременности, 2 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. Мочевыделение не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв – 110 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$, п/я 2%, с/я 53%, э 7%, л 25%, м 10%, б 3%, СОЭ 11 мм/час.

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?
8. Обоснуйте патогенез кашля у данного ребенка.
9. Нуждается ли данный ребенок в диспансерном наблюдении?

10. С какой целью проводят копрологическое исследование в педиатрии?

11. Нуждается ли ребенок в консультации окулиста?

ЗАДАЧА 15

Больной 8 лет был госпитализирован с жалобами на высокую лихорадку, боли в мышцах, головную боль.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел около 2 месяцев назад, когда стали беспокоить приступообразные боли в животе, локализующиеся преимущественно вокруг пупка и четко не связанные с приемом пищи. Несмотря на плохое самочувствие, аппетит у ребенка был хороший. Три дня назад появились головные боли, миалгии и лихорадка. Указанные жалобы нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик от 2-й нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привит по возрасту. Семейный анамнез не отягощен. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Семья больного живет в пригороде, продукты питания обычно покупают на «стихийном» рынке.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, вялый, заторможенный, высоко лихорадит. Жалуются на сильные мышечные боли. Конечности болезненны даже при незначительном прикосновении. Отмечается умеренная пастозность лица. Видимые слизистые оболочки чистые. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах (начиная с уровня 6 ребра), хрипы не выслушиваются. Перкуторно по всем линиям в нижних отделах легких симметрично определяются области притупления. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, болезненный при поверхностной пальпации. Печень +3 из-под края реберной дуги. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв – 110 г/л, эр $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц $20,0 \times 10^9/л$, п/я 2%, с/я 42%, э 34%, л 21%, м 1%, СОЭ 20 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: с обеих сторон определяется выпот в плевральных полостях с границей на уровне 6 ребра.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Каков биологический цикл развития возбудителя этого заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Каковы методы профилактики данного заболевания?
7. Обоснуйте патогенез плеврита у данного ребенка.
8. Перечислите мероприятия санэпиднадзора для предупреждения распространения данного заболевания.
9. Через сколько дней от начала заболевания целесообразно провести иммунодиагностику и почему?
10. Заразен ли ребенок для окружающих?

ЗАДАЧА 16

Девочка 5 лет поступила в аллергологическое отделение стационара с жалобами на приступы затрудненного «свистящего» дыхания, которые впервые появились полгода

назад и повторяются ежемесячно, чаще по ночам, сопровождаются повышением температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$ и навязчивым малопродуктивным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-ой нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Семейный анамнез, в том числе по аллергическим заболеваниям, не отягощен. В семье есть собака.

Осмотр: ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, с участками шелушения и умеренно выраженным зудом, бледные. Перiorбитальный цианоз. В углах рта – заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Приступообразный сухой кашель. Катаральных явлений нет. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы, безболезненные, эластичные, не спаянные с подкожной клетчаткой, размером с фасоль. ЧД 28 в 1 мин. В легких выслушивается несколько удлиненный свистящий выдох, множественные не локализованные сухие хрипы. Перкуторно – ясный легочный звук. ЧСС 84 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень +2 см, селезенка +1,0 см, безболезненные, эластичные. Стул ежедневный оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Hb – 100г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $14,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 43%, эозинофилы 17%, лимфоциты 25%, моноциты 10%, базофилы 3%, СОЭ 11 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, картина бронхолегочной инфильтрации.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие пути передачи этого заболевания Вы знаете?
5. Назначьте лечение
6. Каковы методы профилактики данного заболевания?
7. Обоснуйте патогенез кашля у данного ребенка.
8. Нуждается ли данный ребенок в диспансерном наблюдении?
9. С какой целью проводят копрологическое исследование в педиатрии?

ЗАДАЧА 17

Ребенок 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от III беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от “кишечной инфекции”, 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, 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 вес 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 массе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голеньях, 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: Нв – 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%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция – кислая, эпителий – единичный, лейкоц – 1-2 в поле зрения, эритроц. – 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 ионизир. – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, ЩФ – 430 Ед/л (норма 50 – 400).

Копрограмма: форма кашицеобразная, цвет – желтый, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – много.

Пиелокарпиновая 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 (норма 3×10^8 – 4×10^8), кокковая флора – 10% (норма до 25%), бифидобактерии – 10^2 (норма – более 10^7).

Липидограмма крови: общие липиды – 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды – 90 мг% (норма – 100-160), триглицериды – 108 мг% (норма 160 – 190).

Липидограмма кала: общие липиды – 1380 мг% (норма 790), моноглицериды – 173 (норма 0), диглицериды 53 мг% (норма 38).

УЗИ органов брюшной полости: печень – увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощенных складок в виде налета «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощенными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Исследование кала на сывороточный белок: реакция положительная.

Углеводы в кале: 1,1 г% (норма 0,05 – 0,5)

Тест с д-ксилозой: через 30 минут – 1,2 ммоль/л, через 60 минут – 1,5 ммоль/л, через 120 минут – 1,3 ммоль/л.

Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие серологические методы исследования необходимо провести для подтверждения основного диагноза? Могут ли возникнуть затруднения в трактовке результатов серологических методов исследования при соблюдении больным диеты? при дефиците JgA?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
5. Объясните причину изменения поведения ребенка.
6. Чем объясните карпопедальный спазм у ребенка?
7. Объясните причину появления отекающего синдрома.
8. Проанализируйте копрограмму. Какие изменения характерны для поражения поджелудочной железы? Что указывает на нарушение всасывания?
9. Назначьте диету ребенку. Как долго должен находиться ребенок на специальной диете? Что такое «явный глютен», «скрытый глютен»?
10. Нужны ли жирорастворимые витамины ребенку? Укажите наиболее эффективный способ введения витамина А, витамина Е при этом заболевании.
11. В каких случаях необходимо назначение глюкокортикоидов?
12. В какой период заболевания необходимо введение витамина D?
13. Ваш прогноз?

ЗАДАЧА 18

Ребенок 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200, 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 появилось в 6 месяцев при введении каши на цельном молоке. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния, 2 дня назад при попытке введения молока появилась 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/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: Нb – 120 г/л, эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $5,1 \times 10^9$ /л, п/я-2%, с/я - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность – 1015; лейкоц. – 2-3 в п/зр; эритроц. – 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 ионизир. – 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 минут – 2,5 ммоль/л, через 90 минут – 2,2 ммоль/л.
- с глюкозой: натощак – 4,5 ммоль/л, через 30 мин – 4,8 ммоль/л, через 60 минут – 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 – единичные, 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 методы 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. Одинаковы ли по составу однодневный и трехдневный кефир?
8. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
9. Можно ли сейчас назначить ребенку имодиум?
10. Какие специалисты должны осмотреть ребенка?
11. Ваш прогноз?

ЗАДАЧА 19

Ребенок 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 месяцев, далее – искусственное, адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 месяцев (манная, геркулесовая на молоке). До 5 месяцев рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечалось разжижение стула, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 г.

Анамнез болезни, в возрасте 1 года перенес ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили.

Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отеки на лице. В связи с ухудшением состояния ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжелое, выраженные отеки на лице, ногах, пояснице, асцит. Кожные покровы бледные. Ребенок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд.в 1 мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень +2 см из-под реберного края, селезенка +1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нб – 103 г/л, эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $7,6 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 78%, э – 2%, л – 11%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015 реакция - кислая, белок – нет, эпителий – единичный, лейкоц. – 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет – светло-желтый, реакция – кислая, мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – единичный.

Биохимический анализ крови: общий белок – 36 г/л, альбумины – 28%, глобулины: α_1 – 6,5%, α_2 – 35,5%, β – 16%, γ – 14%; калий – 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

Кал на углеводы: 0,3 г% (норма 0,05-0,5).

Анализ кала на плазменные белки: +++

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиэктазией. Слизистая оболочка резко отечная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контур ровный; паренхима – мелкозернистая; поджелудочная железа – не увеличена; в брюшной полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз.
2. Какое значение в первых проявлениях этого заболевания имеет прикорм, ОРВИ?
3. Как клинически проявляется гипопроотеинемия?
4. Какие клинические проявления гипокальциемии?
5. Как клинически проявляется гипокалиемия?
6. Укажите, какие сходства и различия в биохимическом анализе крови при нефротическом синдроме и при этом заболевании?
7. Почему при этом заболевании изменяются лимфоциты в общем анализе крови?
8. Назначьте лечение.
9. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
11. В каких случаях показано хирургическое лечение?
12. Ваш прогноз?

Ответы:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,(множественные активные язвы луковицы).
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (единичные активные язвы луковицы). Рубцовая деформация луковицы. Язвенное дуоденальное кровотечение. Геморрагический шок I степени. Постгеморрагическая анемия II степени. Панкреатопатия.
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (активные множественные язвы луковицы) Хеликобактериоз.
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивный рефлюкс-эзофагит I степени. Хронический гастродуоденит, обострение. Дуоденогастральный рефлюкс.
5. Неспецифический язвенный колит, тотальный, активная фаза, среднетяжёлое течение, впервые выявленный. Постгеморрагическая анемия I степени. Сопутствующий: атопический дерматит.
6. Дискинезия желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу.
7. Хронический холецистит, хронический холангит, стадия обострения.
8. Желчнокаменная болезнь, приступ, хронический холецистит, обострение.
9. Врождённая аномалии развития толстой кишки: долихосигма, мегаректум. Нарушение запирающей функции аноректальной зоны.Хронический запор.
10. Болезнь Крона, среднетяжёлая форма, активная стадия.
11. Хронический панкреатит, обострение.
12. Острый панкреатит, отёчная форма, посттравматический, среднетяжёлое течение.
13. Хронический гастродуоденит в стадии обострения. Хеликобактериоз. Хронический холангит. Перегиб желчного пузыря в области шейки. Вторичная панкреатопатия.
14. Гельминтоз (аскаридоз?).
15. Гельминтоз (трихинеллез?).
16. Гельминтоз (токсокароз?).
17. Целиакия, активная фаза; вторичная экссудативная энтеропатия, вторичная лактазная недостаточность(?);, вторичная панкреатопатия, дисбактериоз кишечника. Белково-энергетическая недостаточность 2 ст. (гипотрофия 2 ст) ЖДА 2 ст.
18. Первичная лактазная недостаточность, вторичная панкреатопатия, дисбактериоз кишечника
19. Экссудативная энтеропатия, железодефицитная анемия «ст., белково-энергетическая недостаточность 2 ст. вторичная панкреатиопатия.

Раздел 4. Нефрология детского возраста.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Функциональные пробы для диагностики патологии МВС у детей (проба Сулковича, проба по Нечипоренко, Проба по Зимницкому, проба Реберга и т.д.).
2. Микробно - воспалительные заболевания мочевыводящих путей. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

3. Пиелонефрит. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Выбор антибактериального препарата и длительность лечения.
4. Гломерулонефрит. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
5. Нефротический синдром у детей. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
6. Дифференциальная диагностика заболеваний верхних отделов мочевыводящих путей.
7. Гемолитико – уремический синдром. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
8. Острая почечная недостаточность. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
9. Дифференциальная диагностика нефротического и нефритического синдрома при гломерулонефрите у детей.
10. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
11. Поликистоз почек. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
12. Врожденные заболевания почек. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
13. Дисметаболическая нефропатия. Мочекаменная болезнь у детей. Классификация. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
14. Диетотерапия в лечении дисметаболических нарушений у детей с учетом формы и степени тяжести.
15. Группы риска по заболеваниям органов мочевой системы и диспансеризация.
16. Почечная колика. Дифференциальная диагностика болевого синдрома у детей. Неотложная помощь.
17. Фосфат – диабет. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Тестовый контроль:

БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

001. Каков объем мочевого пузыря у ребенка 3 месяцев?
- а) 20-30 мл
 - б) 100 мл
 - в) 150 мл
 - г) 7 мл
002. Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте
- а) 1-й недели
 - б) 5 лет
 - в) 6 месяцев
 - г) 10 лет
003. Количество физиологических сужений мочеточника
- а) три
 - б) четыре
 - в) одно
 - г) нет

004. В понятие нефрон входит
- а) клубочек и система канальцев
 - б) проксимальный и дистальный канальцы
 - в) клубочек
 - г) проксимальный и дистальный канальцы, петля Генле
005. Какую функцию выполняет клубочек?
- а) фильтрационную
 - б) реабсорбиционную
 - в) секреторную
 - г) все перечисленные
006. Какую функцию выполняет дистальный каналец?
- а) реабсорбирует белок
 - б) реабсорбирует глюкозу
 - в) секретирует водородные ионы
 - г) осуществляет гормональную регуляцию
007. Низкую осморегуляторную функцию почек у детей грудного возраста определяют все перечисленные факторы, за исключением
- а) функциональной неполноценности эпителия дистального канальца
 - б) недоразвития осморцепторов
 - в) недостаточности образования антидиуретического гормона
 - г) характера питания
008. Какой из факторов не определяет скорость клубочковой фильтрации?
- а) величина онкотического давления плазмы
 - б) осмотическое давление плазмы
 - в) кислотно-щелочное равновесие
 - г) гидростатическое давление в почечных капиллярах
009. Какой из перечисленных гормонов непосредственно влияет на деятельность почечных канальцев?
- а) альдостерон
 - б) тироксин
 - в) инсулин
 - г) гонадотропин
010. Какой из перечисленных гормонов не влияет непосредственно на функцию почек?
- а) инсулин
 - б) альдостерон
 - в) ангиотензин-II
011. Кислотно-щелочное состояние удерживается путем
- а) выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами
 - б) продукции аммония канальцами
 - в) выделения кислых валентностей канальцами
 - г) всем перечисленным
012. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния
- а) петли Генле
 - б) эпителия дистальных канальцев
 - в) мембраны клубочков
 - г) всего перечисленного
013. Почка экскретирует
- а) альдостерон
 - б) катехоламин
 - в) ренин
 - г) андрогены
014. Надпочечники не секретируют
- а) андрогены
 - б) гидрокортизон
 - в) альдостерон
 - г) ренин
015. Какой из перечисленных показателей не характеризует концентрационную функцию почек?
- а) проба Зимницкого
 - б) белок и белковые фракции

- в) относительная плотность мочи
- г) осмолярность мочи

016. Какой из перечисленных показателей не характеризует фильтрационную способность почек?

- а) клиренс эндогенного креатинина
- б) креатинин крови
- в) уровень мочевины крови
- г) осмолярность мочи

017. В норме выделяется с мочой

- а) 1/3 объема выпитой жидкости
- б) 2/3 объема выпитой жидкости
- в) 1/6 объема выпитой жидкости
- г) 1/4 объема выпитой жидкости

018. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме

- а) тугоухости
- б) гематурии
- в) патологии зрения
- г) дисплазии тазобедренного сустава

019. Торпидное течение характерно

- а) для нефротической формы гломерулонефрита
- б) для пиелонефрита
- в) для волчаночного нефрита
- г) для наследственного нефрита

020. Для какой патологии почек характерно на ранних стадиях повышение артериального давления?

- а) для наследственного нефрита
- б) для гломерулонефрита
- в) для пиелонефрита
- г) для дизметаболической нефропатии

021. К симптомам интоксикации относятся все перечисленные, кроме

- а) параорбитальных теней
- б) снижения тургора кожи
- в) желтушности
- г) снижения работоспособности и аппетита

022. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для здорового ребенка 10 месяцев?

- а) 1010-1020
- б) 1009-1015
- в) 1001-1003
- г) 1002-1008

023. Какое количество мочеиспусканий характерно для ребенка 10 лет?

- а) 4-6 раз в сутки
- б) 7-8 раз в сутки
- в) до 15 раз в сутки
- г) до 10 раз в сутки

024. С какого возраста можно измерить артериальное давление на руках?

- а) с 3 лет
- б) с 1 года
- в) с периода новорожденности
- г) в любом возрасте

025. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для всех перечисленных заболеваний, за исключением

- а) наследственного нефрита
- б) тубулопатии
- в) гломерулонефрита
- г) дизметаболической нефропатии

026. Каким методом рекомендуется собирать мочу на посев?

- а) пункцией мочевого пузыря
- б) из средней струи в стерильную посуду
- в) при катетеризации мочевого пузыря
- г) из анализа мочи по Нечипоренко

027. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке свидетельствует
- о пиелонефрите
 - о тубуло-интерстициальном нефрите
 - о гломерулонефрите
 - о наследственном нефрите
028. При каком количестве лейкоцитов в моче можно уточнить их морфологическую характеристику?
- 2-5 лейкоцитов в поле зрения
 - 30 и более лейкоцитов в поле зрения
 - 5-10 лейкоцитов в поле зрения
 - при любом количестве лейкоцитов в осадке мочи
029. Какой показатель не отражает активность воспалительного процесса?
- белковые фракции
 - серомукоид
 - С-реактивный белок
 - электролиты крови
030. Гиперлипидемия наиболее характерна
- для гломерулонефрита нефротической формы
 - для гломерулонефрита гематурической формы
 - для пиелонефрита
 - для тубуло-интерстициального нефрита
031. Выраженная фибриногемия наблюдается
- при гломерулонефрите нефротической формы
 - при цистите
 - при наследственном нефрите
 - при дизметаболической нефропатии
032. Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно
- в суточной моче
 - в утренней порции
 - в трехчасовой моче
 - во всем перечисленном
033. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать
- о нарушении обмена кальция
 - о нарушении обмена щавелевой кислоты
 - об атопическом дерматите
 - о нарушении обмена пуринов
034. При каких состояниях в детском возрасте может наблюдаться гиперурикемия?
- при приеме цитостатиков
 - при приеме мочегонных тиазидового ряда
 - при подагре
 - при всем перечисленном
035. По анализу мочи по Нечипоренко можно судить
- об оксалурии
 - о бактериурии
 - об уратурии
 - о лейкоцитурии
036. При каких заболеваниях наблюдается значительное повышение IgG в крови?
- при пиелонефрите
 - при системной красной волчанке
 - при цистите
 - при гломерулонефрите нефротической формы
037. Какое заболевание относят к иммунокомплексным болезням?
- гломерулонефрит
 - пневмонию
 - вирусный гепатит
 - гастродуоденит
038. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет
- 20-30 мл
 - 100 мл

- в) 80 мл
- г) все перечисленное

039. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением

- а) наличия рефлюксов
- б) состояния уретры
- в) функционального состояния почек
- г) количества остаточной мочи

040. Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением

- а) болей в животе неясной этиологии
- б) стойкой лейкоцитурии
- в) травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
- г) острого периода гломерулонефрита

041. С какого возраста можно проводить внутривенную урографию?

- а) с 10-дневного возраста
- б) с месячного возраста
- в) с 6-месячного возраста
- г) с 3 лет

042. Показанием к проведению ангиографии является все перечисленное, за исключением

- а) стойкого повышения артериального давления
- б) подозрения на патологию сосудов почек
- в) подозрения на опухоль почек
- г) дизурии

043. Ренография позволяет выявить

- а) разделяющую функцию почек
- б) состояние функции канальцев почек
- в) отсутствие функции одной из почек
- г) все перечисленное

044. Сцинтиграфия выявляет

- а) разделяющую функцию почек
- б) топографию почек
- в) размеры почек
- г) все перечисленное

045. Показанием к биопсии почек является все перечисленное, кроме

- а) гломерулонефрита при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 месяцев и более
- б) латентно текущие нефропатии
- в) подозрения на поликистоз
- г) бессимптомной гематурии

046. Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является

- а) минимальные изменения клубочков
- б) фокально-сегментарный гломерулонефрит
- в) экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями
- г) экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

047. Показаниями к проведению рентгеноконтрастного исследования мочевого системы являются

- а) признаки соединительнотканной дисплазии
- б) аномалия развития урогенитальной области
- в) недоношенность
- г) симптомы интоксикации

048. При длительной макрогематурии следует в первую очередь выполнить

- а) цистоскопию
- б) изотопную ренографию
- в) цистографию
- г) ангиографию

049. Противопоказанием к биопсии почки не является

- а) единственная почка
- б) поликистоз почек
- в) туберкулез почек
- г) гормонорезистентный гломерулонефрит

050. Гломерулонефрит является заболеванием

- а) иммунокомплексным
- б) неиммунным
- в) микробно-воспалительным
- г) инфекционным

051. Причиной развития гломерулонефрита могут быть

- а) стрептококк
- б) вирусы
- в) белковые антигены (профилактические прививки)
- г) все перечисленное

052. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является

- а) отечный
- б) гипертензионный
- в) мочевого
- г) абдоминальный

053. Гломерулонефрит чаще развивается

- а) на 1-м году жизни
- б) с 1 года до 2 лет
- в) с 7 до 15 лет
- г) после 2-3 лет

054. Гематурическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте

- а) ясельном
- б) после 6-7 лет
- в) в старшем школьном возрасте
- г) в любом возрасте

055. Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте

- а) до 1 года
- б) с 1 года до 7 лет
- в) в пубертатном возрасте
- г) в любом возрасте

056. Для нефротического синдрома характерно

- а) значительная протеинурия, гипоальбуминемия
- б) гиполипидемия
- в) гипертония
- г) гипофибриногенемия

057. Для начала гломерулонефрита наиболее характерно

- а) температурная реакция
- б) абдоминальный синдром
- в) олигурия
- г) катаральные явления

058. Гломерулонефрит чаще развивается

- а) на фоне респираторного заболевания
- б) через 7-14 дней после респираторного заболевания
- в) через два месяца после переохлаждения
- г) через 30 дней после простуды

059. Ведущим симптомом при гематурической форме гломерулонефрита является

- а) гематурия
- б) гипертензия
- в) лейкоцитурия
- г) отеки

060. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является

- а) гематурия
- б) гипертензия
- в) олигурия
- г) геморрагическая сыпь

061. Лабораторными показателями активности при гематурической форме гломерулонефрита являются

- а) ускоренная СОЭ
- б) гиперфибриногенемия
- в) макрогематурия
- г) все перечисленное

062. Для гломерулонефрита характерны все перечисленные иммунные нарушения, за исключением
- снижения уровня комплемента
 - повышения в сыворотке циркулирующих иммунных комплексов
 - повышения уровня иммуноглобулинов
 - повышения уровня антинуклеарного фактора в крови
063. Какой мочевого синдром наиболее характерен для смешанной формы гломерулонефрита?
- гематурия с протеинурией
 - изолированная протеинурия
 - абактериальная лейкоцитурия
 - длительно сохраняющаяся гематурия
064. Ведущим симптомом при смешанной форме гломерулонефрита является
- гипертензия
 - гематурия
 - протеинурия
 - все перечисленное
065. К ведущим симптомам нефротической формы гломерулонефрита относятся все перечисленные, за исключением
- отечного синдрома
 - абдоминального синдрома
 - протеинурии более 3 г/л
 - олигурии
066. Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита не является
- отечный синдром
 - олигурия
 - выраженная протеинурия
 - гепатомегалия
067. При какой форме гломерулонефрита в начале заболевания может наблюдаться абактериальная лейкоцитурия?
- при гематурической форме
 - при смешанной форме
 - при нефротической форме
 - при всех формах гломерулонефрита
068. Для какого заболевания характерна ферментурия?
- для гломерулонефрита
 - для хронического цистита
 - для острого цистита
 - для уретрита
069. Для какого заболевания характерна гипер- γ -глобулинемия?
- для гломерулонефрита, нефротической формы
 - для волчаночного нефрита
 - для гломерулонефрита, смешанной формы
 - для острого нефрита
070. Об активности нефротической формы гломерулонефрита не свидетельствует
- гипоальбуминемия
 - диспротеинемия
 - гиперлипидемия
 - снижение зубца Т на ЭКГ
071. Об активности смешанной формы гломерулонефрита не свидетельствует
- протеинурия
 - гематурия
 - гиперкоагуляция
 - анемия
072. Осложнением острого гломерулонефрита не является
- почечная недостаточность
 - эклампсия
 - тромботические осложнения
 - снижение слуха
073. Из осложнений гематурической формы гломерулонефрита чаще наблюдается
- гипертоническая энцефалопатия
 - отек легких

- в) кровотечение
- г) сердечная недостаточность

074. Для гипертонической энцефалопатии характерны

- а) сердечная недостаточность
- б) нарушение сердечного ритма
- в) судороги, потеря сознания
- г) одышка, хрипы в легких

075. Какие изменения ЭКГ чаще наблюдаются при гломерулонефрите?

- а) нарушение проводимости (увеличение PQ)
- б) экстрасистолия
- в) изменения зубца Т
- г) изменения зубца Р

076. Лечение гломерулонефрита должно быть

- а) патогенетическим
- б) этиотропным
- в) симптоматическим
- г) всем перечисленным

077. В острый период гломерулонефрита режим должен быть

- а) постельным
- б) палатным
- в) общим
- г) любым из перечисленных

078. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением

- а) олигоанурии
- б) артериальной гипертензии
- в) отечного синдрома
- г) микропротеинурии

079. Белок в диете не ограничивается

- а) при наличии отеков
- б) при высокой протеинурии
- в) при гипертензии артериальной
- г) при микрогематурии

080. Разгрузочная диета показана

- а) при острых проявлениях гломерулонефрита
- б) при стихании активности процесса
- в) при ремиссии гломерулонефрита
- г) при любом из перечисленных периодов гломерулонефрита

081. Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается

- а) при постстрептококковом гломерулонефрите
- б) на фоне глюкокортикоидной терапии
- в) при иммуносупрессивной терапии
- г) при поддерживающем, прерывистом курсе преднизолона

082. Антибактериальная терапия при гломерулонефрите не включает

- а) 5-нок
- б) пенициллин
- в) нитрофурановые препараты
- г) гентамицин

083. Преднизолон часто применяется

- а) при гломерулонефрите, нефротической форме
- б) при сахарном диабете
- в) при амилоидозе
- г) при синдроме нарушенного кишечного всасывания

084. К какой группе относится резерпин?

- а) к миотропным гипотензивным средствам
- б) к β -адреноблокаторам
- в) к ганглиоблокаторам
- г) к симпатолитикам

085. Какой препарат снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса?

- а) дихлотиазид
- б) дибазол
- в) натрия нитропруссид
- г) резерпин

086. Ингибитором синтеза ангиотензина-II является

- а) анаприлин
- б) апрессин
- в) дибазол
- г) каптоприл

087. Каким действием не обладает резерпин?

- а) седативным
- б) уменьшает запасы адреналина и норадреналина
- в) препятствует синтезу норадреналина
- г) угнетает секрецию желудочно-кишечного тракта

088. Какой препарат не обладает антигистаминным действием?

- а) преднизолон
- б) тавегил
- в) неробол
- г) стугерон

089. К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится

- а) фенилбутазон
- б) напроксен
- в) пироксикам
- г) трентал

090. Показанием к назначению глюкокортикоидов является

- а) нефротическая форма гломерулонефрита
- б) гематурическая форма гломерулонефрита
- в) тубулоинтерстициальный нефрит
- г) дизметаболическая нефропатия

091. К глюкокортикоидным препаратам не относится

- а) метандростенолон
- б) гидрокортизон
- в) преднизолон
- г) триамцинолон

092. Преднизолон является

- а) минералокортикоидом
- б) глюкокортикоидом
- в) анаболическим стероидом
- г) андрогенным препаратом

093. Глюкокортикоиды

- а) повышают содержание глюкозы в крови
- б) увеличивают количество лимфоцитов в крови
- в) увеличивают синтез белков
- г) являются иммуностимуляторами

094. При назначении антибиотиков учитывается

- а) рН мочи
- б) функциональное состояние почек
- в) нефротоксичность
- г) все перечисленное

095. Понятие "несовместимости" лекарственных средств не включает

- а) ослабление лечебного эффекта
- б) потерю лечебного эффекта
- в) усиление их побочного или токсического эффекта
- г) синергизм действия

096. Какое лекарственное средство нельзя применять в обычной дозировке при почечной недостаточности?

- а) эритромицин
- б) лазикс
- в) хлороцид
- г) ампициллин

097. К непрямым антикоагулянтам относится
- гепарин
 - фенилин
 - дипиридамол
 - трентал
098. Антикоагулянты не показаны
- при остром гломерулонефрите
 - при острой почечной недостаточности
 - при геморрагическом васкулите
 - при болезни Верльгофа
099. Дезагрегационным свойством не обладает
- эуфиллин
 - трентал
 - курантил
 - мезатон
100. При какой форме гломерулонефрита показано применение преднизолона с первых дней болезни?
- при нефротической
 - при гематурической
 - при смешанной
 - при всех формах
101. Какой из диуретиков целесообразно применять у больного с гломерулонефритом при анасарке и угрозе отека легкого?
- верошпирон
 - верошпирон в сочетании с гипотиазидом
 - лазикс
 - урегит
102. К цитостатическим препаратам не относится
- азатиоприн
 - 6-меркаптопурин
 - циклофосфамид
 - хлорофиллипт
103. Какой из признаков не характерен для гиперкалиемии?
- глухость тонов сердца
 - брадикардия
 - парестезия
 - тахикардия
104. Какую диету целесообразно назначить мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится?
- стол гипохлоридный
 - фруктово-сахарный
 - стол вегетарианский
 - стол без соли, мяса
105. Тубулоинтерстициальный нефрит является
- бактериальным воспалением
 - абактериальным воспалением
 - аутоиммунным процессом
 - всем перечисленным
106. Причинами развития тубулоинтерстициального нефрита могут быть
- врожденные факторы
 - наследственные факторы
 - приобретенные факторы
 - все перечисленные
107. Тубулоинтерстициальный нефрит может развиваться в результате
- обменных нарушений
 - вирусной инфекции
 - микозной инфекции
 - всего перечисленного
108. Как часто необходимо исследование общего анализа крови при назначении хлорбутина?

- а) один раз в 20 дней
- б) один раз в 7-10 дней
- в) ежедневно
- г) один раз в 14 дней

109. Какой из препаратов обладает анаболическим действием?

- а) оротат калия
- б) лейкеран
- в) хлористый аммоний
- г) бруфен

110. При назначении какого препарата чаще возникает остеопороз?

- а) преднизолон
- б) трентала
- в) гепарина
- г) лазикса

111. Для диагностики тубулоинтерстициального нефрита необходимо исследовать все перечисленное, кроме

- а) обмена пуринов
- б) тубулярной функции почек
- в) морфологии почечной ткани
- г) количества билирубина в крови

112. Лечение тубулоинтерстициального нефрита включает

- а) диетотерапию
- б) коррекцию обменных нарушений
- в) назначение антиоксидантов
- г) все перечисленное

113. К мембраностабилизаторам относятся все перечисленные препараты, за исключением

- а) преднизолон
- б) димифосфона
- в) токоферола
- г) азатиоприна

114. Для какого заболевания не характерно развитие нефропатии?

- а) для системной красной волчанки
- б) для синдрома Вегенера
- в) для узелкового периартериита
- г) для иерсиниоза

115. Какие симптомы не позволяют заподозрить волчаночную нефропатию?

- а) недомогание, субфебрилитет
- б) кожный синдром
- в) полисерозит
- г) быстро прогрессирующий нефрит

116. При каком заболевании реже наблюдается поражение почек?

- а) при склеродермии
- б) при системной красной волчанке
- в) при геморрагическом васкулите
- г) при узелковом периартериите

117. При каком поражении почек наблюдается лейкопения?

- а) при узелковом периартериите
- б) при наследственном нефрите
- в) при волчаночном нефрите
- г) при дизметаболической нефропатии

118. Амилоидоз чаще развивается

- а) при ревматоидном артрите
- б) при гломерулонефрите
- в) при тубулоинтерстициальном нефрите
- г) при пиелонефрите

119. Какой из указанных признаков подтверждает диагноз системной красной волчанки?

- а) LE-клетки
- б) периорбитальная эритема
- в) дисфагия
- г) сочетание б) и в)

120. У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39 С. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты - до 80 в поле зрения. Ваш диагноз
- а) нефротический синдром
 - б) острый нефрит
 - в) пиелонефрит
 - г) хронический цистит
121. Для диагностики инфекции мочевого системы меньшее значение имеет
- а) общий анализ мочи
 - б) анализ мочи на бактериурию
 - в) количественный анализ мочи
 - г) определение мочевины в крови
122. Частое мочеиспускание является симптомом, характерным
- а) для хронической почечной недостаточности
 - б) для воспаления мочевыводящих путей
 - в) для гломерулонефрита
 - г) для всех перечисленных заболеваний
123. Какой симптом не характерен для цистита?
- а) боли в поясничной области
 - б) поллакиурия
 - в) дизурия
 - г) боли в надлобковой области
124. Цистит не подтверждается
- а) двухстаканной пробой
 - б) цистоскопией
 - в) цистографией
 - г) экскреторной урографией
125. При пиелонефрите обычно не нарушается функция
- а) клубочка
 - б) тубулярного отдела нефрона
 - в) проксимального отдела нефрона
 - г) петли Генле
126. Когда целесообразно провести рентгеноконтрастное исследование мочевого системы больному с пиелонефритом?
- а) на высоте активности процесса
 - б) при стихании процесса
 - в) при улучшении самочувствия
 - г) при нормализации температуры
127. Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, ведущую роль играют
- а) генетическая предрасположенность
 - б) нарушение уродинамики
 - в) вирулентность микроба
 - г) иммунокомплексный процесс
128. Какой ребенок относится к группе риска по пиелонефриту и другим заболеваниям мочевого системы?
- а) ребенок, мать которого во время беременности болела пиелонефритом
 - б) недоношенный
 - в) ребенок, бабушка которого страдает диабетом
 - г) ребенок с признаками перинатальной гипоксии
129. У ребенка пиелонефрит. Бактериурия - 100 000 микробных тел кишечной палочки в 1 мл мочи. С какой терапии целесообразно начать лечение?
- а) ампициллин с фурагином
 - б) сульфаниламидные препараты
 - в) 5-нок
 - г) оксациллин
130. Девочка 2 лет. Температура 38. 5 С, боли в животе и поясничной области. Моча визуально мутная. Ваша тактика
- а) исследование общего анализа мочи
 - б) госпитализация
 - в) назначение лечения
 - г) консультация уролога
131. К аминогликозидам относятся все перечисленные антибиотики, за исключением

- а) эритромицина
- б) гентамицина
- в) канамицина
- г) стрептомицина

132. Какие антибиотики действуют преимущественно бактерицидно?

- а) аминогликозиды
- б) пенициллин
- в) цефалоспорины
- г) все перечисленные

133. Побочное действие сульфаниламидов может проявиться всем перечисленным, кроме

- а) снижения слуха
- б) лейкопении, анемии
- в) аллергической реакции
- г) появления иктеричности

134. К противогрибковым средствам, относятся все перечисленные, за исключением

- а) нистатина
- б) дифлюкана
- в) гризеофульвина
- г) клацида

135. Какой симптом характерен для наследственного нефрита?

- а) острое начало болезни
- б) умеренная, торпидная гематурия
- в) умеренные отеки
- г) выздоровление в подростковом периоде

136. Наследственный нефрит часто сочетается

- а) с тугоухостью
- б) с врожденным пороком сердца
- в) с глюкозурией
- г) с пиелонефритом

137. Какой из препаратов не показан при наследственном нефрите?

- а) преднизолон
- б) витамин Е
- в) витамин В6
- г) бенфотиамин

138. Что не характерно для цистита?

- а) наличие в моче бактерий, покрытых антителами
- б) макрогематурия
- в) лейкоцитурия с гематурией
- г) терминальная гематурия

139. Какая наиболее частая причина недержания мочи?

- а) гидронефроз
- б) удвоение собирательной системы почек
- в) неврозы
- г) неврозоподобные состояния

140. При нарушении пуринового обмена противопоказаны

- а) аллопуринол
- б) салицилаты
- в) оротовая кислота
- г) тиозидовые диуретики

141. Уролитиаз чаще возникает

- а) при болезни Аддисона
- б) при болезни Кушинга
- в) при гиперфункции паращитовидных желез
- г) при злоупотреблении мясной пищей

142. Из перечисленных исследований для установления диагноза синдрома Альпорта необходимы все перечисленные, за исключением

- а) исследования слуха с записью аудиограммы
- б) консультации окулиста
- в) уточнения заболеваний в родословной

г) консультации эндокринолога

143. При какой реакции мочи в большей степени образуются кристаллы фосфатов?

- а) рН - 8. 0
- б) рН - 5. 0
- в) рН - 5. 5
- г) рН - 6. 5

144. Не показаны при оксалурии все перечисленные продукты, за исключением

- а) свеклы
- б) мандарин
- в) картофеля
- г) шоколада

145. Какой препарат может увеличить количество оксалатов в моче?

- а) аспирин
- б) делагил
- в) витамин В6
- г) аскорбиновая кислота

146. При каком заболевании развивается ацидоз?

- а) при синдроме Альпорта
- б) при почечной глюкозурии
- в) при почечном тубулярном ацидозе
- г) при фосфат-диабете

147. Для какого заболевания характерна аминоацидурия?

- а) для дизметаболической нефропатии
- б) для синдрома Альпорта
- в) для синдрома де Тони - Дебре - Фанкони
- г) для витамин D-резистентного рахита

148. Для какого заболевания характерна деформация нижних конечностей?

- а) для синдрома де Тони - Дебре - Фанкони
- б) для хронического пиелонефрита
- в) для дизметаболической нефропатии
- г) для цистиноза

149. Какое соотношение артериального давления правильно?

- а) АД на руках и ногах одинаково
- б) АД на руках выше, чем на ногах
- в) АД на ногах выше, чем на руках, но не более 10-15 мм рт. ст.
- г) АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.

150. Какое заболевание чаще сопровождается артериальной гипертензией?

- а) системная красная волчанка
- б) первичный гиперальдостеронизм
- в) болезнь Шенлейна - Геноха
- г) нефронофтиз Фанкони

151. Какое исследование наиболее информативно при артериальной гипертензии для исключения коарктации аорты?

- а) определение в моче альдостерона
- б) определение в моче катехоламинов
- в) определение ренина плазмы
- г) измерение артериального давления на ногах

152. Какое исследование наиболее информативно для исключения вазоренальной гипертензии?

- а) экскреторная урография
- б) УЗИ почек
- в) ренальная ангиография
- г) биопсия почек

153. Какое исследование наиболее информативно при артериальной гипертензии для исключения феохромоцитомы?

- а) определение катехоламинов в моче
- б) определение 17-кетостероидов
- в) определение в моче альдостерона
- г) измерение артериального давления на ногах

154. У ребенка 9 лет вчера появилась головная боль, повторная рвота. Мочится мало. Сегодня появилось нарушение зрения. Ваши неотложные мероприятия

- а) срочная консультация окулиста
- б) измерение артериального давления
- в) срочная консультация уролога
- г) клинический анализ крови

155. При консервативном лечении острой почечной недостаточности применяется следующая диета

- а) обогащенная белком
- б) обезжиренная
- в) голод
- г) все перечисленное не рекомендуется

156. При гиперкалиемии у больных с острой почечной недостаточностью применяются все следующие средства, за исключением

- а) хлорида магния
- б) глюконата кальция
- в) гидрокарбоната натрия
- г) раствора глюкозы с инсулином

157. Что является угрожающим для жизни при острой почечной недостаточности?

- а) повышение мочевины в крови
- б) повышение креатинина в крови
- в) гиперурикемия
- г) гиперкалиемия

158. Наиболее достоверным признаком хронической почечной недостаточности является

- а) артериальная гипертензия
- б) гипергликемия
- в) повышение уровня мочевины
- г) полиурия

159. Какой тип анемии встречается при хронической почечной недостаточности?

- а) макроцитарная
- б) нормохромная
- в) микроцитарная
- г) все перечисленные

160. Гипокалиемия может быть вызвана всем перечисленным, кроме

- а) гипофизарного истощения
- б) повышенного содержания альдостерона
- в) глюкокортикоидной терапии
- г) длительной диареи

161. Гемолитико-уремический синдром характеризуется

- а) внутрисосудистым свертыванием крови
- б) полиурией
- в) цианозом
- г) всем перечисленным

162. Для диагностики опухоли почек наиболее достоверным методом является

- а) селективная почечная ангиография
- б) урография
- в) сцинтиграфия
- г) УЗИ почек

163. Наиболее частым клиническим симптомом опухоли Вильмса является

- а) артериальная гипертензия
- б) боли в поясничной области
- в) внезапная гематурия
- г) частое и болезненное мочеиспускание

164. Гипоспадия - это

- а) сужение мочеиспускательного канала
- б) загиб полового члена
- в) размещение устья мочеиспускательного канала ниже головки полового члена
- г) деформация крайней плоти

165. У ребенка с гипоспадией необходимо заподозрить

- а) врожденный порок сердца
- б) аномалию развития мочевой системы
- в) нарушение слуха

г) все перечисленное

166. У ребенка 9 лет после ОРЗ появилась головная боль, повторная рвота, моча цвета "мясных помоев", нарушение зрения. Ваш предположительный диагноз

- а) гломерулонефрит, гематурическая форма
- б) гломерулонефрит, гематурическая форма, активная фаза. Гипертоническая энцефалопатия
- в) гломерулонефрит, смешанная форма
- г) инфекционная почка

167. Ваши мероприятия у больного 9 лет с сильной головной болью, мочой цвета "мясных помоев", внезапно возникшим нарушением зрения

- а) клинический анализ крови
- б) срочная консультация уролога
- в) срочная консультация окулиста
- г) измерение артериального давления

168. К правильным действиям при гипертонической энцефалопатии у больного с гломерулонефритом относятся все следующие, кроме

- а) проведения спинномозговой пункции
- б) введения лазикса внутримышечно
- в) назначения антигипертензивных средств
- г) введения преднизолона внутривенно

169. Какой из перечисленных препаратов обладает калийзадерживающим действием?

- а) триампур
- б) лазикс
- в) гипотиазид
- г) фонурит

170. Какие симптомы характерны для гипертонической энцефалопатии?

- а) сердечная недостаточность
- б) судороги, потеря сознания
- в) одышка, хрипы в легких
- г) отек легких

171. У ребенка 4 лет артериальное давление - 120/70 мм рт. ст. В анализе мочи белок - 6 г/л, лейкоциты - 0-1 в п/зр. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) аллергическая реакция
- б) гломерулонефрит
- в) наследственный нефрит
- г) инфекционная почка

172. Какая тактика участкового врача у ребенка с нефротической формой гломерулонефрита?

- а) повторить анализ мочи
- б) направить на консультацию к нефрологу
- в) госпитализировать
- г) назначить антибиотики на дому

173. Какая диета показана больному с нефротической формой гломерулонефрита?

- а) стол без соли и мяса
- б) стол без соли с мясом
- в) печеночный стол
- г) стол без ограничений

174. Какой препарат показан ребенку с нефротической формой гломерулонефрита в активной фазе?

- а) индоцин
- б) преднизолон
- в) пресоцил
- г) делагил

175. Какие препараты целесообразно назначить при нефротической форме гломерулонефрита?

- а) супрастин
- б) дипиридамол
- в) эуфиллин
- г) все перечисленные

176. Какой санаторий предпочтительнее для ребенка с нефротической формой гломерулонефрита в неактивной фазе?

- а) местный санаторий
- б) Железноводск
- в) Байрам-Али

г) Трускавец

177. Как часто необходимо проводить пробу Зимницкого при диспансерном наблюдении за ребенком с гематурической формой гломерулонефрита, клинико-лабораторная ремиссия в течение 1. 5 лет?

- а) 1 раз в год
- б) 1 раз в месяц
- в) 1 раз в три месяца
- г) 1 раз в три года

178. Ребенок с диагнозом "гломерулонефрит, нефротическая форма, неактивная фаза, хроническое течение, функция почек сохранена". Как часто целесообразно определение клиренса эндогенного креатинина?

- а) 1 раз в месяц
- б) 1 раз в два месяца
- в) 1-2 раза в год
- г) 1 раз в три года

179. Через сколько лет после начала ремиссии можно снять с диспансерного учета девочку с диагнозом "вторичный пиелонефрит, неполное удвоение собирательной системы обеих почек, функция почек сохранена"?

- а) через три года ремиссии
- б) через 2 года ремиссии
- в) с учета не снимать
- г) при передаче во взрослую сеть

180. Через сколько лет после начала ремиссии можно снять с диспансерного учета девочку 5 лет с диагнозом "гломерулонефрит, нефротическая форма, полная клинико-лабораторная ремиссия, функция почек сохранена"?

- а) через 5 лет
- б) через 1 год
- в) не снимать
- г) через 3 года

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-А | 002-Б | 003-А | 004-А | 005-А | 006-В | 007-Г |
| 008-В | 009-А | 010-А | 011-Г | 012-В | 013-В | 014-Г |
| 015-Б | 016-Г | 017-Б | 018-Г | 019-Г | 020-Б | 021-В |
| 022-Г | 023-А | 024-Г | 025-В | 026-Б | 027-А | 028-Б |
| 029-Г | 030-А | 031-А | 032-А | 033-Г | 034-Г | 035-Г |
| 036-Б | 037-А | 038-А | 039-В | 040-Г | 041-А | 042-Г |
| 043-Г | 044-Г | 045-В | 046-В | 047-Б | 048-А | 049-Г |
| 050-А | 051-Г | 052-Г | 053-Г | 054-Б | 055-Б | 056-А |
| 057-В | 058-Б | 059-А | 060-Г | 061-Г | 062-Г | 063-А |
| 064-Г | 065-Б | 066-Г | 067-Г | 068-А | 069-Б | 070-Г |
| 071-Г | 072-Г | 073-А | 074-В | 075-В | 076-Г | 077-А |
| 078-Г | 079-Г | 080-А | 081-Г | 082-Г | 083-А | 084-Г |
| 085-А | 086-Г | 087-Г | 088-В | 089-Г | 090-А | 091-А |
| 092-Б | 093-А | 094-Г | 095-Г | 096-Г | 097-Б | 098-Г |
| 099-Г | 100-А | 101-В | 102-Г | 103-Г | 104-Г | 105-Б |
| 106-Г | 107-В | 108-Б | 109-А | 110-А | 111-Г | 112-Г |
| 113-Г | 114-Г | 115-А | 116-А | 117-В | 118-А | 119-А |
| 120-В | 121-Г | 122-Б | 123-А | 124-Г | 125-А | 126-Б |
| 127-Б | 128-А | 129-А | 130-Б | 131-А | 132-Г | 133-А |
| 134-Г | 135-Б | 136-А | 137-А | 138-А | 139-Г | 140-Г |
| 141-В | 142-Г | 143-А | 144-В | 145-Г | 146-В | 147-В |
| 148-А | 149-Г | 150-Б | 151-Г | 152-В | 153-А | 154-Б |
| 155-Г | 156-А | 157-Г | 158-В | 159-Б | 160-А | 161-А |
| 162-А | 163-В | 164-В | 165-Б | 166-Б | 167-Г | 168-Г |
| 169-А | 170-Б | 171-Б | 172-В | 173-А | 174-Б | 175-Г |
| 176-А | 177-А | 178-В | 179-В | 180-А | | |

Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА 1

Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Раннее развитие без

особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.

Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию.

При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/ в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно-коричневого цвета, мутная.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты-измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения.

Посев мочи – результат отрицательный.

Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л; лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. - 18%, мон. - 3%, тромбоц. - 530×10^9 , СОЭ 25 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, серомукоид 0,38, АСЛ:О 1:1000, СРБ 0,012 (норма 0,0001), калий 6,1 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин

УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное.

Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Этиология данного заболевания?
4. Как Вы оцениваете функцию почек у больного?
5. Ваша тактика лечения?
6. Какая диета необходима больному?
7. Каков генез отеков у больного?
8. Каков генез артериальной гипертонии?
9. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
10. Показано ли больному назначение глюкокортикоидов?
11. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 2

Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки. Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ.

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

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

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД=95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней

брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}/л$, тромб. – $416,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$; п/я – 3%, с/я – 36%, эоз. – 7%, лимф. – 52%, мон. – 2, СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – сол-ж., относительная плотность-1,028, реакция – нейтр., белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – мало.

Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, серомукоид – 0,44, СРБ ++, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

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

Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.

Биохимический анализ мочи: белок-2,5 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты-28 мг/сут (норма – до 17).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков генез отека при данном заболевании?
3. С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?
4. Дайте обоснование диагноза.
5. Составьте план обследования.
6. Оцените функциональное состояние почек.
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Составьте план лечения.
9. Какой диеты необходимо придерживаться при данном заболевании?
10. Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?

ЗАДАЧА 3

Девочка 4 лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко. Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета. При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень +4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Нв-80 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%, л-19%, м.-9%, СОЭ-25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – 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, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 673 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18,0 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез данного состояния?
3. Какова причина развития желтушного синдрома?
4. Дайте обоснование диагноза.
5. Объясните механизм развития почечной недостаточности.
6. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Каковы Ваши терапевтические мероприятия?
9. Перечислите исходы данного заболевания.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 4

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

Ребенок от 3 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, от 2 срочных неосложненных родов. Родилась с массой тела 3450, длиной 52 см. Ранее развитие без особенностей, до года не болела, после года болела ОРВИ нечасто (3-4 раза в год), перенесла ветряную оспу, корь, дважды-ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 15 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 грамм в сутки. В последнее время АД стойко держалось на уровне 150/100 мм.рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечалось 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 ребру, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи среднеключичной 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: Нв – 90 г/л, эр. – 3.1×10^{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/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1011, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 48 г/л, альбумины – 25 г/л, СРБ – 0,012 (норма 0,0001), холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 6,1 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 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. Сформулируйте развернутый диагноз
2. Как Вы оцениваете функцию почек у больной?
3. Какие исследования необходимы для оценки канальцевой функции почек?
4. Каков генез анемии у больной?
5. Ваша тактика лечения?
6. Какая диета необходима больной?
7. Какие изменения КОС могут быть у этого ребенка и каков механизм их развития?
8. Какие изменения на глазном дне возможны у больного и какова их причина?
9. Какая симптоматическая терапия показана больному?
10. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 5

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание. Мальчик от III беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса при рождении 3800 г., длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенной ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, отмечался положительный эффект от лечения преднизолоном. В дальнейшем дважды на фоне ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ. При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, левая – на 2 см снаружи от левой средне-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: Нв-111 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $13,1 \times 10^9/л$; п/я – 5%, с/я – 53%, э. – 2%, л. – 38%, м. – 2%, СОЭ – 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция- кислая, белок-3,3г/л, лейкоциты-3-5 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые 5-6 в поле зрения, зернистые 3-4 в поле зрения.

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 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л.

Анализ мочи на суточный белок: потеря белка 6,7 г/сут (норма до 0,2 г/сут).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, отечны. Эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биопсия почек: минимальные изменения.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте полный клинический диагноз
2. Каков генез отечного синдрома при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Составьте план лечения
5. Какие Вы знаете клинические симптомы экзогенного гиперкортицизма?
6. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
7. Дайте обоснование диагноза.
8. Составьте диету, необходимую данному больному.
9. Расскажите о механизме действия преднизолона.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 6

Ребенок 12 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

Мальчик от I беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса при рождении 3200 г., длина 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год. Отмечается лекарственная аллергия на пенициллин в виде крапивницы. Заболел в 6-летнем возрасте, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД=150/90 мм рт. ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии наступила частичная ремиссия, анализы мочи и крови не нормализовались. Перенес три обострения без достижения ремиссии.

Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии.

При осмотре: отеки в области век, поясницы, передней брюшной стенки и голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 удара в 1 мин. АД=150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +3 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Диурез – 250 мл в сутки.

Клинический анализ крови: Нв-96 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, лейкоц.- $6,5 \times 10^9/л$; п/я – 8%, с/я – 66%, э. – 1%, б. – 1%, л.-19%, м. – 5%, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1,003, белок – 1,6 г/л, лейкоциты – 2-3 п/зр, эритроциты – все поля зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 50,1%, глобулины: α_1 – 3,7%, α_2 – 12%, β – 9,9%, γ – 24,3%, холестерин – 12,37 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), мочевины – 10,4 ммоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин.

Биохимический анализ мочи: белок – 2,8 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты – 20 мг/сут (норма – до 17).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя обеих почек неравномерно повышена, пирамидки деформированы.

Биопсия почек: мезангиокапиллярный гломерулит. Нефросклероз в семи клубочках из десяти.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения функции почек?
4. Каков патогенез отеков?
5. Каков патогенез гипертензии?
6. В консультации каких специалистов нуждается больной?
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Составьте план лечения.
9. Показано ли назначение глюкокортикоидов данному больному?

10. Каков прогноз данного заболевания?

ЗАДАЧА 7

Мальчик 15 лет, от I 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. Болел ОРВИ (3-4 раза в год). Аллергический анамнез не отягощен.

В возрасте 3 лет после перенесенной ОРВИ в моче были выявлены гематурия (эритроциты покрывали все поля зрения), следовая протеинурия; 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 лет была выявлена макрогематурия, стойкая протеинурия до 1г/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 эритроцитов в поле зрения); родной брат матери умер в возрасте 23 лет от хронической почечной недостаточности, страдал снижением слуха и катарактой.

При настоящем обследовании 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 ударов 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: Нb – 95 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 66%, э – 1%, л – 23%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – розовый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, относительная плотность – 1010, белок – 1,5 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 0-1 в п/зр, цилиндры – 4-5 в п/зр (эритроцитарные).

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,003 до 1,012; 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 (норма 25-90), калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 63 мл/мин.

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

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких и низких частотах.

Консультация окулиста: катаракта I степени, миопия.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
3. Приведите современные представления об этиопатогенезе заболевания.
4. Каков тип наследования патологии при этом заболевании?
5. На основании каких критериев ставится диагноз заболевания? Какие из них имеют место у данного больного?

6. Оцените функцию почек у данного больного и определите стадию хронического заболевания почек.
7. Каковы, на Ваш взгляд, причины анемии у данного больного?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте лечение. Показано ли применение глюкокортикоидов?
10. Каков прогноз заболевания? Каковы прогностически неблагоприятные критерии течения данного заболевания и имеют ли они место у больного?

ЗАДАЧА 8

Мальчик 2 месяцев, от I беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

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

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

Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, Лейк – $11,0 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 28%, э – 7%, л – 52%, м – 10%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 3,6 г/л, эритроциты – 1-2 в п/зр, лейкоциты – 1-2 в п/зр, гиалиновые цилиндры – 6-9 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 35%; глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 16%, β – 20%, γ – 24%; холестерин – 8 ммоль/л, мочевины – 30,0 ммоль/л, креатинин – 420 мкмоль/л (норма 25-90).

Свободная мочевого проба: относительная плотность 1,002-1,005, ДД – 50,0 мл, НД – 120,0 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

Гистологическое исследование биоптата почек: микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
3. В каких районах России и мира чаще всего встречается данное заболевание?
4. Тип наследования данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Каков патогенез отеков у больного?
7. Каков механизм развития анемии у данного больного?
8. Назначьте лечение.
9. Ваш прогноз?

ЗАДАЧА 9

Мальчик 6,5 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем 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: относительная плотность 1,002-1,008, 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 – $3,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $6,5 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 64%, э – 4%, л – 23%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 200 мл, цвет - желтый, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,004, белок – 0,02 г/л.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1,003-1,009, 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 (норма 25-90), 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 (норма до 200), аммиак – 22 ммоль/сут (норма 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма 48-62), углеводы – 9, 76 ммоль/сут (норма до 1,11).

Клиренс по эндогенному креатинину: 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. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Укажите возможные причины развития патологии почек у данного ребенка.
8. Назовите методы функционального исследования почек.
9. Назовите стигмы дисэмбриогенеза у данного ребенка.
10. Назначьте лечение.
11. Каков возможный прогноз заболевания?
12. Укажите длительность диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА 10

Девочка 6 лет поступила в отделение по поводу болей в пояснице, учащенного мочеиспускания, повышения температуры до фебрильных цифр. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39-ой неделе. Масса при рождении 3300г., длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. За две недели до появления симптомов настоящего заболевания перенесла ветряную оспу. 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 температура тела до 38 – 39° С. Катаральных явлений не отмечалось. 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 С. Симптом поколачивания положительный справа. Пальпация в области проекции правой почки и над лобком - болезненна. Мочеиспускания учащенные, болезненные. Общий анализ крови: Нв 136 г/л, эр. – 4,1x10¹²/л, лейкоц – 11,4x10⁹/л, п/я 13%, с/я – 60%, лимф.19%, мон.8%, СОЭ – 40 мм в час. Общий анализ мочи: Цвет – желтый, прозрачность - неполная, рН – 5,5, белок 0,066г/л, Лейкоциты – покрывают все поля зрения, эритроц. – 1 - 3 в п/зр., много бактерий. Биохимический анализ крови: общий белок – 76г/л, мочевины 6,1 ммоль/л. креатинин – 82 мкмоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 148 ммоль/л, СРБ = ++. Посев мочи на стерильность: Рост кишечной палочки в титре 100000 в 1 мл. УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены правильно, левая - 81x38x27 мм, правая – 80x35x25 мм. Стенки лоханок уплотнены, слоистые с обеих сторон. Правая лоханка до микции – 16 мм., после микции – 14 мм.(норма до 5 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. Каковы показания для проведения экскреторной урографии?
6. Какова врачебная тактика ведения больного?
7. Возможный исход заболевания.
8. Длительность диспансерного наблюдения за больной в период ремиссии.

ЗАДАЧА 11

Мальчик 9 лет поступил с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 39°C. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3600 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Перенес ветряную оспу, краснуху. 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, прозрачность- неполная, рН –7,0, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

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: Нв – 126 г/л, эр – 4,1x10¹²/л, лейкоц – 12,8x10⁹/л, п/я – 11%, с/я – 68%, л – 11%, м – 10%, СОЭ – 38 мм/час.

Посев мочи на стерильность: рост энтерококка в количестве 100 000 микробных тел

Биохимический анализ крови: Общий белок – 76 г/л, альбумины – 59%; α₂ глобулины – 12%; мочевины – 7,4 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, СРБ =+++

УЗИ почек и мочевого пузыря: Правая почка расположена в типичном месте, 92x43x33 мм, ЧЛС- 3 мм. Левая почка расположена в малом тазу, 56x27x18 мм (норма 86x45x25 мм), дифференцировка слоев паренхимы нечеткая, ЧЛС-8 мм, стенки уплотнены.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите предварительный диагноз
2. Какова тактика дальнейшего обследования
3. Назовите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
6. Перечислите методы функционального исследования почек.
7. Назначьте лечение
8. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
9. Какие возможны исходы заболевания?
10. Какова длительность диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА 12

Мальчик 10 лет поступил с жалобами на боли в поясничной области, слабость и головокружение.

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с нефропатией, угрозой прерывания. Роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 49 см. Грудное вскармливание до 1 месяца. Часто болеет ОРВИ.

Впервые заболел в возрасте 2-х месяцев, когда отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C, в анализе мочи – лейкоцитурия (до всех полей зрения). Диагноз: острый пиелонефрит, лечился антибиотиками. Впервые обследован в стационаре в возрасте 1 года, был диагностирован двусторонний ПМР IV степени, справа- в гипоплазированную почку, со значительным снижением ее функции. Проведена антирефлюксная операция слева и нефрэктомия справа. В дальнейшем неоднократно выявлялась лейкоцитурия, бактериурия, подъемы температуры тела. С 9,5 лет стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи – протеинурия до 1г/сут.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. АД 140/90 мм.рт.ст. Симптом поколачивания положительный слева.

Клинический анализ крови: Нв – 92 г/л, эр – 3,4x10¹²/л, лейкоц – 9x10⁹/л, п/я – 5%, с/я – 54%, эозин – 1%, л – 35%, м – 5%, СОЭ – 18 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет- желтый, прозрачность- полная, рН – 6,0, белок 0,6 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 68 г/л, холестерин 5,0, мочевины – 12 ммоль/л, креатинин – 170 мкмоль/л, калий 3,8 мэкв/л, клиренс по эндогенному креатинину 63 мл/мин.

Проба Зимницкого: ДД = 420 мл, НД = 1300 мл, колебания относительной плотности- 1000-1008.

УЗИ почек: Контур левой почки неровный, размеры 83x40 мм, паренхима толщиной 9-10 мм, уплотнена, дифференцировка слоев нарушена. Лоханка –12 мм. Мочеточник прослеживается в верхней трети, диаметром до 1,0 см.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
3. Каков патогенез заболевания у этого больного?
4. Каков патогенез протеинурии у этого больного?
5. Каков патогенез анемии у этого больного?
6. Назовите функциональные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
7. Консультации каких специалистов необходимы этому больному?
8. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
9. Назначьте лечение.
10. Каков возможный исход заболевания?

ЗАДАЧА 13

Девочка, 4 лет, от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. Роды срочные, физиологические. Масса тела при рождении – 3000 гр., 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 минут, 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 – 4.5x10¹²/л, лейкоц – 10.5x10⁹/л, п/я – 10%, с/я – 60%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 80 мл., цвет – желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1007, белок – 0.02 г/л, лейкоц. – покрывают все п/зр, переходный эпителий – в большом количестве, бактериурия, слизь - в большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 59%, глобулины: α₁ – 5%, α₂ – 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 (норма до 200), аммиак – 22 ммоль/сут (норма 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма 48-62), углеводы – 9.76 ммоль/сут (норма 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 (норма- 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 100 000 мкр. тел/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. Опишите патогенез заболевания.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
6. Назначьте лечение и обоснуйте его.
7. Назначьте необходимую диету.
8. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
9. Длительность диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА 14

Мальчик 6 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли животе, частое болезненное мочеиспускание.

Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, роды на 38-й неделе. Масса ребенка при рождении – 2900 г, длина тела – 50 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписан на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болел. Ребенок более 4 раз в год болеет ОРВИ.

Несколько раз отмечались подъемы температуры без катаральных явлений, на этом фоне в анализах мочи выявлялась лейкоцитурия, однако подробное обследование по этому поводу не проводилось.

Накануне поступления в отделение отмечалось повышение температуры до 39.8оС, боли в животе, пояснице, дизурия.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа чистая, бледно-серого цвета, периорбитальные тени, аппетит снижен. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД=24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=100 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень + 1,5см из-под реберного края. Мочеиспускание учащенное, болезненное.

На третий день пребывания в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез, аппетит улучшился, дизурические явления стали менее выраженными.

Общий анализ крови: Нв – 118 г/л, эр – 5.6x10¹² г/л, лейкоц – 10.5x10⁹/л, п/я – 7%, с – 69%, л – 22%, м – 2%, СОЭ – 15 мм/час

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1.010, лейкоциты – 22-24 в п/зр, эритроциты – нет.

Анализ мочи на стерильность: выделена EscherichiaColi - 100 000 микр. тел/мл

Анализ мочи по Зимницкому: ДД – 250 мл, НД – 750 мл, колебания относительной плотности – 1.010-1.020

Биохимический анализ крови: общий белок – 75.9 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α1 – 2%, α2 – 15%, β – 13%, γ – 10%, мочевины – 6.32 ммоль/л, холестерин – 6.76 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титруемая кислотность – 74 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 64 мг/сут (норма – до 17), фосфор – 23 ммоль/сут (норма – 19-32), кальций – 3 ммоль/сут (норма – 1.5-4).

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа
 Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы справа – расширение лоханки и огрубление форниксов. Мочеточники расширены, извиты. Отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков. Выделительная функция нормальная.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка 82x40 мм, паренхима – 10 мм, лоханка 14 мм. Левая почка – 96x48 мм, паренхима – 19 мм, лоханка 6 мм.

Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. К какой группе заболеваний относится это заболевание?
3. Расскажите о значении семейного (генетического) анамнеза.
4. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Какое серьезное осложнение заболевания следует ожидать у данного ребенка в случае поздней диагностики и нерационального лечения?
7. Какие методы хирургического и консервативного лечения могут быть использованы при лечении больного ребенка?
8. Какая диета необходима ребенку?
9. Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?

ЗАДАЧА 15

Мальчик 4 лет, от I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса при рождении 3300 г., длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин Д3 в курсовой дозе 250000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 1,5 лет. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез неотягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать - здорова.

В 1 год 3 мес. у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На третьем 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 низкий край левой доли на S от мечевидного отростка.

Клинический анализ крови: Нв – 132 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, тромб – $280,0 \times 10^9/л$, лейкоц – $6,0 \times 10^9/л$; п/я – 2%, с/я – 33%, э. – 1%, л – 52%, м – 12, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол. – желт., относительная плотность – 1,010, реакция – нейтр., белок – следы, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, ЩФ- 952 ЕД (норма 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 (норма до 17), кальций – 3,9 мг/кг/сут (норма – 2,0-2,5), фосфор – 46 мг/кг/сут (норма до 20).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

КОС: рН – 7,21; ВЕ – -9.

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.

3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Назовите характерные клинические симптомы заболевания.
5. Укажите основные звенья, регулирующие внеклеточный обмен кальция в организме ребенка.
6. Оцените функциональное состояние паращитовидных желез.
7. Составьте план обследования.
8. Проведите дифференциальный диагноз. 9. Составьте план лечения.
10. Какие препараты витамина Д должны назначаться при данном заболевании и в какой дозировке?

Ответы:

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, активность II-III степени. Почечная недостаточность острого периода.
2. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, период начальных проявлений, активность II-III ст., ПН 0
3. Гемолитико-уремический синдром; ОПН.
4. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, период обострения. ХПН (ХБП 3 степень).
5. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма (болезнь минимальных изменений гломерул), период обострения, ПН 0.
6. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма (мезангиокапиллярный ГН), период обострения, ХПН (ХБП 4 степень).
7. Наследственный нефрит (синдром Альпорта). ХПН (ХБП 2 степень).
8. Врожденный нефротический синдром финского типа. ХПН (ХБП 3 степень)
9. Врожденный порок развития почек. Кистозная дисплазия почек. ХПН (ХБП 3 степень).
10. Вторичный острый пиелонефрит. активная стадия. Пиелэктазия справа. Острый цистит. ПН 0.
11. Вторичный острый пиелонефрит. Активная стадия. Гипоплазии, тазовая дистопия левой почки. ПН 0.
12. Вторичный хронический пиелонефрит, активная стадия, рецидивирующее течение. ПМР, рефлюкс-нефропатия слева. Состояние после антирефлюксной операции слева и нефроэктомии справа. ХПН (ХБП 2 степень).
13. Вторичный острый пиелонефрит, активная стадия. Пиелэктазия справа. Острый цистит. ПН 0.
14. Вторичный хронический пиелонефрит, период обострения. Правосторонний ПМР III ст. Рефлюкс нефропатия справа. ПН 0(ХБП 1 степень).
15. Фосфат-диабет (витамин Д-резистентный рахит).

Раздел 5. Гематология детского возраста.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Переливание крови и ее компонентов.
2. Анемии у детей и подростков, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
3. Неотложная помощь при геморрагическом синдроме.

4. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с геморрагическими заболеваниями.
5. Геморрагический васкулит у детей. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
6. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Острые лейкозы у детей. Классификация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
8. Гемолитические анемии у детей. Классификация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
9. Лимфопролиферативные заболевания у детей. Классификация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
10. ЖДА у детей. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. В12 – фолиеводефицитная анемия у детей. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
12. Профилактика, диспансеризация, реабилитация детей с геморрагическими заболеваниями.
13. Диагностика, принципы лечения и профилактики гемофилии у детей.
14. Гемоглобинопатии у детей. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
15. Коагулопатии у детей. Факторы риска. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

Тестовый контроль:

001. Какая клетка не костномозгового происхождения?
а) нейтрофил
б) лимфоцит
в) эозинофил
г) базофил
002. Какая клетка самая долгоживущая?
а) эритроцит
б) нейтрофил
в) тромбоцит
г) эозинофил
003. К короткоживущим относятся все перечисленные клетки, кроме
а) лимфоцитов
б) эозинофилов
в) тромбоцитов
г) нейтрофилов
004. Какие клетки не являются фагоцитами?
а) нейтрофил
б) макрофаг
в) моноцит
г) лимфоцит
005. В детском саду у детей 5 лет сделали анализ периферической крови. У кого из них - абсолютная нейтропения?
а) лейкоцитов 10000, нейтрофилов 25%
б) лейкоцитов 4000, нейтрофилов 30%
в) лейкоцитов 20000, нейтрофилов 15%
г) лейкоцитов 3000, нейтрофилов 55%
006. У кого из детей 5 лет выявлена относительная лимфопения?

- а) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- б) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50%
- в) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- г) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

007. У кого из детей 5 лет обнаружена абсолютная лимфопения?

- а) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- б) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50%
- в) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- г) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

008. У кого из детей 5 лет выявлена эозинофилия относительная?

- а) лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
- б) лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
- в) лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%
- г) лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%

009. У кого из детей выявлена абсолютная эозинофилия?

- а) лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
- б) лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
- в) лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%
- г) лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%

010. С каким фактором не связана абсолютная нейтропения?

- а) с гиперспленизмом
- б) с гипопродукцией
- в) с иммунными процессами
- г) с острой кровопотерей

011. С каким фактором не связан нейтрофилез?

- а) с бактериальной инфекцией
- б) с ионизирующей радиацией
- в) с токсикозом, ацидозом
- г) с типом конституции

012. С каким фактором не связан лимфоцитоз?

- а) с бактериальной инфекцией
- б) с гематоонкологическим заболеванием
- в) с вирусной инфекцией
- г) с типом конституции

013. С каким фактором не связана абсолютная лимфопения?

- а) с ионизирующей радиацией
- б) с лимфогранулематозом
- в) с иммунодефицитным заболеванием
- г) с острой кровопотерей

014. Какому заболеванию не свойственен высокий лимфоцитоз?

- а) инфекционному лимфоцитозу
- б) инфекционному мононуклеозу
- в) энтеровирусной инфекции
- г) бактериальной инфекции

015. При каких заболеваниях анализ периферической крови может быть похожим на инфекционный лимфоцитоз (кроме)?

- а) коклюша
- б) туберкулезного инфицирования
- в) лямблиоза
- г) стафилококковой инфекции

016. Какой гельминтоз не сопровождается эозинофилией?

- а) энтеробиоз
- б) описторхоз
- в) фасциолез
- г) стронгилоидоз

017. Какой гельминтоз не сопровождается высокой эозинофилией?

- а) токсокароз
- б) трихинеллез
- в) аскаридоз

г) лямблиоз

018. В какой период заболевания возможна транзиторная эозинофилия?

- а) в продроме заболевания
- б) в начале заболевания
- в) в разгар процесса
- г) в период реконвалесценции

019. В какой период бронхиальной астмы наиболее выражена эозинофилия?

- а) в предприступный период
- б) в начале приступа
- в) на высоте приступа
- г) в постприступный период

020. При каком заболевании имеет место увеличение эозинофилов и базофилов?

- а) при остром лейкозе
- б) при хроническом миелолейкозе
- в) при бактериальной инфекции
- г) при вирусной инфекции

021. С чем не связана эозинофилия?

- а) с атопией
- б) с гельминтозом
- в) с иммунопатологическими заболеваниями
- г) с острым периодом бактериального заболевания

022. Какой фактор не повышает СОЭ?

- а) увеличение гематокрита
- б) повышение вязкости крови
- в) желтуха с холестазом
- г) белки острой фазы воспаления

023. Повышенное содержание каких сывороточных белков не повышает СОЭ (кроме) ?

- а) фибриногена
- б) гаптоглобина
- в) α_2 и γ -глобина
- г) альбумина

024. Какие состояния не сопровождаются сниженной СОЭ?

- а) период новорожденности
- б) эксикоз
- в) анемия
- г) "синие" пороки сердца

025. Какой фактор не сопровождается появлением в анализе крови эритронормобластов?

- а) спленэктомия
- б) очаги экстрамедуллярного кроветворения
- в) усиленная регенерация красной крови
- г) гипертермия

026. Очаги экстрамедуллярного кроветворения не наблюдаются у новорожденных

- а) при фетопатии
- б) при гемолитической болезни
- в) при так называемой "физиологической желтухе"
- г) при кровопотере

027. Очаги экстрамедуллярного кроветворения не наблюдаются

- а) при лейкозах острых
- б) при хроническом лейкозе
- в) при "синих" пороках сердца
- г) при инфекционном мононуклеозе

028. Не являются причиной гипохромной анемии

- а) дефицит железа
- б) нарушения порфиринового обмена
- в) нарушения структуры цепей глобина
- г) гемолиз

029. К основным причинам дефицита железа не относится

- а) алиментарные

- б) неонатальные
- в) кровопотери
- г) гемолиз

030. У новорожденного причиной дефицита железа не является

- а) дефицит железа у беременной
- б) нарушение трансплацентарного пассажа железа
- в) недоношенность
- г) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

031. К причинам дефицита железа у беременной не относится

- а) частые беременности
- б) длительная предшествующая лактация
- в) обильные менструации
- г) злоупотребление алкоголем

032. Причиной нарушения трансплацентарного перехода железа не является

- а) внутриутробная инфекция
- б) гестоз
- в) разные группы крови у матери и плода
- г) отслойка плаценты

033. Не является экзогенной алиментарной причиной дефицита железа

- а) употребление продуктов, бедных железом
- б) преимущественное питание молочными продуктами
- в) преобладание мясных продуктов
- г) преобладание мучных продуктов

034. К эндогенным причинам недостаточного всасывания алиментарного железа не относится

- а) нарушение всасывания в тонкой кишке
- б) нарушение пассажа в толстой кишке
- в) гипоацидность
- г) нарушение обмена ферритина

035. К клиническим признакам дефицита железа не относится

- а) бледность слизистых оболочек
- б) систолический шум
- в) спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
- г) дистрофические изменения кожи, волос, ногтей, зубов

036. Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии

- а) сниженный цветной показатель
- б) анизо-пойкилоцитоз
- в) нормобластоз
- г) гипохромия эритроцитов

037. Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа

- а) определение трансферрина
- б) определение сывороточного железа
- в) определение сывороточного белка
- г) определение ферритина

038. Какой продукт питания не является необходимым при железодефицитной анемии?

- а) мясо
- б) картофель
- в) ягоды
- г) яйца

039. Крупы, предпочтительные при анемии, кроме

- а) риса
- б) гречки
- в) ячменя
- г) манной

040. Какой сок наименее полезен при железодефицитной анемии?

- а) морковный
- б) яблочный
- в) гранатовый
- г) вишневый

041. Основной медикаментозный препарат при лечении железодефицитной анемии
- витамины группы В
 - препарат железа
 - аскорбиновая кислота
 - соляная кислота
042. Правильная тактика применения препаратов железа
- до нормализации гемоглобина
 - до нормализации гемоглобина и еще 3-4 недели
 - до нормализации сывороточного железа
 - в течение 2 недель
043. Кровотечения, наиболее редко вызывающие постгеморрагическую анемию
- легочные
 - носовые
 - маточные
 - желудочно-кишечные
044. Основные желудочно-кишечные причины постгеморрагических железодефицитных анемий у детей, кроме
- диафрагмальной грыжи
 - язвенной болезни
 - геморроя
 - полипа
045. Клинический признак, не характерный для анемии, вызванной нарушениями порфиринового обмена
- рецидивирующие боли в животе
 - полиневрит
 - гепатомегалия
 - депигментация кожи
046. Какой гематологический признак не характерен для нарушений порфиринового обмена?
- гипохромия эритроцитов
 - деформация эритроцитов
 - базофильная пунктация эритроцитов
 - ретикулоцитоз
047. Биохимический признак, не характерный для порфиринемии
- повышение железа сыворотки
 - снижение железа сыворотки
 - насыщение трансферрина повышено
 - снижение протопорфирина эритроцитов
048. Препарат, противопоказанный при лечении порфиринемии
- пиридоксальфосфат
 - десферал
 - препарат железа
 - витамин В6
049. Клинический признак, не характерный для талассемии
- спленомегалия
 - гепатомегалия
 - пурпура
 - кардиопатия
050. Гематологический признак, не характерный для талассемии
- мишеневидные эритроциты
 - базофильная пунктация эритроцитов
 - снижение осмотической устойчивости эритроцитов
 - повышение осмотической устойчивости эритроцитов
051. Биохимический признак, не характерный для талассемии
- снижение сывороточного железа
 - повышение сывороточного железа
 - повышение фетального гемоглобина
 - выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе
052. Препарат, противопоказанный при лечении талассемии
- препарат железа
 - средства, улучшающие микроциркуляцию
 - десферал

г) кислород

053. Основной фактор гемолиза?

- а) гепатомегалия
- б) укорочение продолжительности жизни эритроцита
- в) нарушения костномозгового кроветворения
- г) гиперспленизм

054. Какой клинический признак не указывает на внутриклеточный гемолиз?

- а) желтуха
- б) гепатоспленомегалия
- в) пурпура
- г) анемия

055. Что не относится к клиническим признакам внутрисосудистого гемолиза?

- а) анемия
- б) изменение цвета мочи
- в) признаки тромбофилии
- г) пурпура

056. Какой фактор не уменьшает выраженность желтухи?

- а) интенсификация глюкуронирования
- б) усиление процессов акцепции билирубина с альбумином
- в) уменьшение подкожно-жировой клетчатки
- г) усиление диуреза

057. Какой фактор не влияет на выраженность спленомегалии при гемолизе?

- а) интенсивность и давность гемолиза
- б) вакцинации и другие факторы, усиливающие иммунные процессы
- в) интеркуррентные заболевания с мезенхимно-воспалительным синдромом
- г) патология почек

058. Какой фактор может уменьшить выраженность анемии при гемолизе?

- а) желтуха
- б) усиленная регенерация костного мозга
- в) тип конституции
- г) избыток железа сыворотки крови

059. Чем не обусловлено изменение цвета мочи при внутрисосудистом гемолизе?

- а) гематурии
- б) гемоглобинурии
- в) кристаллурии
- г) желчных пигментов

060. Основной фактор, способствующий тромбофилии при внутрисосудистом гемолизе

- а) обилие обломков эритроцитов
- б) выделение эритрофосфатина, активирующего тромбоциты
- в) лейкоцитолит
- г) изменение гематокрита

061. Основной клинический признак тромбофилии при внутрисосудистом гемолизе

- а) поражение почек
- б) дермоваскулит
- в) пневмонит
- г) пурпура

062. Основной гематологический признак гемолиза

- а) ретикулоцитоз
- б) анемия
- в) повышение СОЭ
- г) тромбоцитоз

063. При гемолизе не наблюдается

- а) лейкоцитоз
- б) нейтрофилез
- в) левый сдвиг нейтрофилов
- г) нейтропения

064. О гемолизе в анализе периферической крови не свидетельствует

- а) полихроматофилия эритроцитов

- б) наличие эритрономобластов
- в) высокий цветной показатель
- г) лимфоцитоз

065. Что не является биохимическим серологическим критерием гемолиза?

- а) непрямая гипербилирубинемия
- б) уменьшение гаптоглобина
- в) гиперпротеинемия
- г) повышение железа

066. Чем обычно не осложняется острый гемолиз?

- а) острой почечной недостаточностью
- б) комой
- в) ДВС-синдромом
- г) кровотечением

067. Не является осложнением хронического гемолиза

- а) хроническая надпочечниковая недостаточность
- б) холелитиаз
- в) истощение костного мозга
- г) артропатии

068. К осложнениям хронического гемолиза не относится

- а) хроническая гипоксия
- б) дистрофические изменения
- в) отложение гемосидерина во внутренних органах
- г) снижение интеллекта

069. Основная причина микросфероцитарных гемолитических анемий

- а) врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
- б) усиление процессов перекисного окисления липидов
- в) гиперспленизм
- г) иммунные процессы

070. Что не относится к гематологическим признакам микросфероцитарной анемии?

- а) микросфероцитоз
- б) ретикулоцитоз
- в) снижение осмотической резистентности эритроцитов
- г) положительная проба Кумбса

071. Не провоцируют гемолитический криз при микросфероцитарной анемии

- а) бактериальная инфекция
- б) вакцинация
- в) алиментарные факторы
- г) вирусная инфекция

072. Наиболее эффективное лечение микросфероцитарной анемии

- а) спленэктомия
- б) кортикостероиды
- в) гемотрансфузии
- г) гемосорбция

073. Основная причина наследственных несфероцитарных гемолитических анемий

- а) нарушение активности ферментов эритроцитов
- б) гиперспленизм
- в) структурный дефект белков мембраны эритроцитов
- г) иммунные процессы

074. Наиболее частые причины наследственных несфероцитарных гемолитических анемий, кроме

- а) дефицита, снижения активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- б) пируваткиназы
- в) ферментов системы глутатиона
- г) ферментов мембраны эритроцитов

075. Основные провокаторы гемолитического криза при несфероцитарных гемолитических анемиях следующие, кроме

- а) инфекций
- б) лекарственных препаратов
- в) алиментарных факторов
- г) иммунных процессов

076. Не является провокатором гемолиза при дефекте глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- а) нафталин
 - б) анилиновые красители
 - в) алкалоз
 - г) ацидоз
077. Какие препараты обычно не являются провокаторами гемолитического криза?
- а) сульфаниламидные
 - б) противомаларийные
 - в) нитрофурановые
 - г) пенициллины
078. Основная причина гемоглинопатий
- а) нарушение структуры цепей глобина
 - б) нарушение структуры мембраны эритроцитов
 - в) ферментопатия
 - г) иммунные факторы
079. Какой клинический признак не характерен для гемоглинопатий?
- а) проявления тромбофилии
 - б) спленомегалия
 - в) гемолитическая анемия
 - г) лимфаденопатия
080. Основные клинические проявления тромбофилии при серповидноклеточной анемии следующие, кроме
- а) костно-суставных поражений (припухлости, асептические некрозы и др.)
 - б) пневмопатий (инфаркты, пневмониты)
 - в) тромбозов и инфарктов любой локализации
 - г) иммунные нарушения
081. Что не является критерием диагностики гемоглинопатий?
- а) электрофоретическое определение аномального гемоглобина
 - б) обнаружение нестабильного гемоглобина
 - в) выявление аномальных форм эритроцитов
 - г) иммунные нарушения
082. Не является признаком гемоглинопатии
- а) гиперсидеринемия
 - б) ретикулоцитоз
 - в) повышение осмотической устойчивости эритроцитов
 - г) снижение осмотической устойчивости эритроцитов
083. Что не следует назначать при сфероцитарной гемолитической анемии?
- а) профилактику тромбофилии
 - б) оксигенотерапию
 - в) препараты железа
 - г) по показаниям гемотрансфузии
084. У новорожденных могут наблюдаться следующие виды иммунных гемолитических анемий, кроме
- а) изоиммунных
 - б) трансиммунных
 - в) гетероиммунных
 - г) аутоиммунных
085. Аутоиммунная гемолитическая анемия не является симптоматической
- а) при системной красной волчанке
 - б) при ревматизме
 - в) при хроническом активном гепатите
 - г) при иммунодефицитных состояниях
086. Внутрисосудистый гемолиз не характерен для гемолитических анемий
- а) аутоиммунных
 - б) несфероцитарных
 - в) сфероцитарных
 - г) микроангиопатических
087. Основной метод аутоиммунных гемолитических анемий
- а) положительная прямая проба Кумбса
 - б) ретикулоцитоз
 - в) положительная непрямая проба Кумбса

г) определение сывороточных иммуноглобулинов

088. Какие виды антител обычно не определяются при аутоиммунных гемолитических анемиях у детей?

- а) неполные тепловые агглютинины
- б) полные холодовые агглютинины
- в) двухфазные гемолизины
- г) тепловые гемолизины

089. Принципы лечения аутоиммунных гемолитических анемий следующие, кроме

- а) кортикостероидных препаратов
- б) заместительной гемотрансфузии
- в) иммунодепрессантных препаратов
- г) спленэктомии

090. Основные критерии диагностики парциальной красноклеточной аплазии следующие, кроме

- а) изолированной нормохромной анемии
- б) ретикулоцитопении
- в) угнетения костномозгового эритропоэза
- г) ретикулоцитоза

091. Парциальная красноклеточная аплазия может оказаться симптоматической, кроме

- а) тимомы
- б) острого лейкоза
- в) эритромиелоза
- г) сепсиса

092. Что не относится к методам лечения парциальной красноклеточной аплазии?

- а) преднизолонотерапия
- б) спленэктомия
- в) цитостатическая терапия
- г) иммуностимуляторы

093. Основным фактором развития микроангиопатической гемолитической анемии является

- а) механическое разрушение эритроцитов при их циркуляции в микрососудах, заполненных тромбами
- б) иммунный гемолиз
- в) аутоиммунный процесс
- г) мембраноцитолит эритроцитов

094. При какой форме тромбофилии преимущественно развивается микроангиопатическая гемолитическая анемия?

- а) скрытой тромбофилии
- б) тромбофилии
- в) ДВС-синдроме
- г) тромбоваскулите

095. При каких заболеваниях ДВС-синдром протекает с наиболее выраженной микроангиопатической гемолитической анемией, кроме

- а) гемолитико-уремического синдрома
- б) болезни Мошкович
- в) грам-отрицательного сепсиса
- г) стафилококковой пневмонии

096. Что не относится к основным клиническим признакам апластических анемий?

- а) анемия
- б) пурпура
- в) значительное увеличение лимфоузлов и селезенки
- г) воспаление слизистых оболочек (рта, прямой кишки, гениталий)

097. Какой гематологический признак не характерен для анемий?

- а) ретикулоцитопения
- б) уменьшение эритроцитов, нейтрофилов
- в) тромбоцитопения
- г) относительная лимфопения

098. Верификации диагноза апластической анемии не способствует

- а) трепанобиопсия
- б) пункция костного мозга
- в) определение железа сыворотки
- г) определение СОЭ

099. Какие симптомы не сопутствуют анемии Фанкони?

- а) нарушения пигментации
- б) дефекты костей (конечностей, кистей и т. д.)
- в) врожденные дефекты ЦНС, почек, сердца, половых органов
- г) спленомегалия

100. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика апластических анемий (кроме) ?

- а) гемолитической анемии
- б) гемобластозов
- в) инфекционного лимфоцитоза
- г) тромбоцитопенической пурпуры

101. Основные этиологические факторы гемобластозов следующие, кроме

- а) ионизирующей радиации, других мутагенов
- б) вирусных
- в) бактериальных
- г) генетических

102. Нехарактерный признак начального периода гемобластозов

- а) немотивированные подъемы температуры
- б) оссалгии
- в) деформация суставов
- г) увеличение лимфоузлов

103. Жалобы в финале гемобластоза следующие, кроме

- а) кровоточивости
- б) видимых новообразований
- в) гирсутизма
- г) гнойно-воспалительных процессов

104. Нехарактерная локализация увеличенных лимфоузлов при гемобластозах

- а) средостение
- б) периферические
- в) затылочные
- г) внутрибрюшные

105. С какими заболеваниями следует дифференцировать оссалгии при гемобластозах у детей (кроме) ?

- а) полиартрита
- б) геморрагического васкулита
- в) подагры
- г) остеомиелита

106. Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе

- а) ретикулоцитопения
- б) ретикулоцитоз
- в) нейтропения
- г) тромбоцитопения

107. При остром лейкозе не характерно

- а) нейтропения абсолютная
- б) увеличение молодых форм нейтрофилов
- в) увеличение зрелых сегментоядерных нейтрофилов
- г) лейкоэмическое зияние

108. Какое исследование наиболее достоверно для верификации диагноза острого лейкоза?

- а) анализ периферической крови
- б) производство миелограммы
- в) биохимическое исследование
- г) исследование кариотипа

109. Какие дополнительные исследования не являются абсолютно необходимыми при остром лейкозе?

- а) рентгенография грудной клетки
- б) спинномозговая пункция
- в) цистография
- г) УЗИ органов брюшной полости и лимфоузлов

110. Правильная тактика назначения преднизолона, программного лечения

- а) назначить лечение при подозрении на острый лейкоз
- б) после анализа крови
- в) после данных миелограммы
- г) при развернутой клинике острого лейкоза

111. Правильная тактика ведения после диагностирования острого лейкоза
- а) госпитализация в специализированное отделение
 - б) госпитализация в соматическое отделение
 - в) амбулаторное лечение
 - г) консультация гематолога
112. Нехарактерные проявления при хроническом миелолейкозе
- а) астения, потливость, утомляемость
 - б) тромбофилия
 - в) пневмопатия
 - г) нефропатия
113. Основное клиническое проявление хронического миелолейкоза
- а) гепатоспленомегалия
 - б) артропатия
 - в) пурпура
114. Нетипичные изменения состава периферической крови при хроническом миелолейкозе
- а) лейкоцитоз нейтрофильный
 - б) левый сдвиг до промиелоцитов, миелобластов
 - в) тромбоцитоз
 - г) лимфобласты в периферической крови
115. Исследование, необходимое для верификации диагноза хронического миелолейкоза
- а) пункция костного мозга
 - б) пункция селезенки
 - в) спинномозговая пункция
 - г) пункция лимфоузла
116. Правильная тактика ведения после установления диагноза хронического миелолейкоза
- а) госпитализация в соматическое отделение
 - б) госпитализация в специализированное отделение
 - в) амбулаторное лечение
 - г) консультация гематолога
117. Какие гемобластозы характерны для детского возраста?
- а) миеломная болезнь
 - б) моноцитарный лейкоз
 - в) хронический лимфолейкоз
 - г) сублейкемический миелоз (миелосклероз)
118. Какой парапротеинемический гемобластоз встречается у детей?
- а) миеломная болезнь
 - б) болезнь тяжелых цепей
 - в) болезнь Вальденстрема
 - г) идиопатическая парапротеинемия
119. Основной признак лимфосаркомы, лимфогранулематоза
- а) плотное безболезненное новообразование лимфоузла
 - б) припухлость с признаками воспаления
 - в) регионарная лимфаденопатия
 - г) регионарный лимфаденит
120. Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме
- а) температурной реакции с ознобом
 - б) слабости, потливости
 - в) желтухи с зудом
 - г) кровоточивости
121. Что не относится к клиническим признакам лимфогранулематоза?
- а) увеличение лимфоузлов
 - б) гепатоспленомегалия
 - в) исхудание, дистрофия
 - г) пурпуры
122. Необходимые методы исследования при подозрении на лимфосаркому, лимфогранулематоз следующие, кроме
- а) биопсии лимфоузла
 - б) отпечатков и мазков из биоптата
 - в) рентгенографии органов грудной клетки, средостения

г) спинномозговой пункции

123. Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах лимфогранулематоза

- а) анемия
- б) повышение СОЭ
- в) умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- г) тромбоцитопения

124. Характерные изменения состава периферической крови на поздних этапах лимфогранулематоза - все из перечисленных, кроме

- а) лимфоцитопении
- б) увеличения СОЭ
- в) анемии
- г) увеличения плазматических клеток

125. Нехарактерные серологические изменения при лимфогранулематозах

- а) гипер-а2- и g-глобулинемия
- б) гиперфибриногенемия
- в) повышение церулоплазмينا, гаптоглобина
- г) снижение железа

126. Правильная тактика ведения при установлении диагноза лимфосаркомы, лимфогранулематоза

- а) консультация гематолога
- б) амбулаторное лечение
- в) госпитализация в специализированное отделение
- г) госпитализация в соматическое отделение

127. Основная причина развития болезней накопления

- а) врожденная энзимопатия
- б) хроническое воспаление
- в) злокачественная пролиферация
- г) приобретенная энзимопатия

128. Характерные клинические признаки ретикулезов накопления следующие, кроме

- а) спленомегалии
- б) деструкции костей
- в) гепатомегалии
- г) деформации суставов

129. Что не относится к основным методам исследования при ретикулезе накопления?

- а) осмотр глазного дна
- б) рентгенография костей
- в) пункция костного мозга
- г) фиброгастроудоденоскопия

130. Что не является основным критерием дифференциальной диагностики ретикулезов накопления?

- а) специфические клетки накопления в пунктате костного мозга
- б) специфические клетки накопления в пунктате селезенки, печени
- в) энзимопатии, выявленные в лейкоцитах периферической крови, культуре фибробластов и т. д.
- г) иммуноглобулины E и LE-клетки

131. Какие симптомы не характерны для гистиоцитоза (болезни Леттерера - Сиве) ?

- а) гепатоспленомегалия
- б) высыпания на коже
- в) гемолиз
- г) зуд

132. Основной критерий диагноза гистиоцитоза X

- а) специфические клетки в биоптате кожи
- б) миелограмма
- в) очаги остеолита на рентгенограммах плоских костей
- г) характер кожных высыпаний

133. Симптом, нехарактерный для ксантоматоза Хенда - Шюллера - Крисчена?

- а) экзофтальм
- б) высыпания на коже
- в) несахарный диабет
- г) остеолит

134. Основной диагностический симптом при ксантоматозе Хенда - Шюллера - Крисчена

- а) сахарная кривая
- б) очаги остеолита на рентгенограммах плоских костей
- в) экзофтальм
- г) специфические клетки в пунктате костного мозга

135. Для каких хронических заболеваний не характерна спленомегалия?

- а) гепатита
- б) сепсиса
- в) бруцеллеза
- г) железодефицитной анемии

136. Для каких вирусных инфекций не характерна спленомегалия?

- а) инфекционного мононуклеоза
- б) болезни кошачьих царапин
- в) ветряной оспы
- г) цитомегалии

137. Для какого заболевания не характерна спленомегалия?

- а) врожденного сифилиса
- б) малярии
- в) лямблиоза
- г) токсоплазмоза

138. Для какого заболевания не характерна спленомегалия?

- а) субсепсиса Висслера - Фанкони
- б) системной красной волчанки
- в) ревматоидного артрита
- г) склеродермии

139. Для какого гематологического заболевания не характерна спленомегалия?

- а) тромбоцитопенической пурпуры
- б) лейкоза острого, хронического
- в) гемолитической анемии
- г) лимфогранулематоза

140. Спленомегалия не характерна

- а) для мраморной болезни
- б) для цереброцидоза (болезнь Гоше)
- в) для несфероцитарной гемолитической анемии
- г) для гликогеноза IV типа (Андерсена)

141. Спленомегалию обычно не выявляют

- а) при пневмонии
- б) при саркоидозе
- в) при галактоземии
- г) при лимфоме Брилла - Симмерса

142. Генерализованное увеличение лимфоузлов не характерно

- а) для инфекционного мононуклеоза
- б) для болезни кошачьих царапин
- в) для хронического тонзиллита
- г) для синдрома недостаточности антителообразования

143. Генерализованное увеличение лимфоузлов не характерно

- а) для лимфогранулематоза
- б) для лимфосаркоматоза
- в) для гемолитической анемии
- г) для лимфомы Брилла - Симмерса

144. Генерализованная лимфаденопатия не характерна

- а) для лейкоза
- б) для аденовирусной инфекции
- в) для энтеровирусной инфекции
- г) для ротавирусной инфекции

145. Генерализованная лимфаденопатия не типична

- а) для диссеминированной очаговой гнойной инфекции кожи
- б) для детской экземы
- в) для склеродермии
- г) для эритродермии, распространенного дерматита

146. Генерализованная лимфаденопатия не характерна
- для крапивницы
 - для токсидермии
 - для пигментной крапивницы
 - для синдрома Стивенса - Джонсона
147. Затянувшийся паротит следует дифференцировать
- с синдромом Микулича при лейкозе
 - с лимфаденитом
 - с инфекционным мононуклеозом
 - с токсической дифтерией
148. Гнойный лимфаденит не следует дифференцировать
- с туберкулезным лимфаденитом
 - с нагноившейся кистой слюнной железы
 - с лимфогранулематозом
 - со срединной кистой шеи
149. Из перечисленных клинических признаков не позволяет отличить лимфаденит от иммунобластной лимфаденопатии
- нагноение
 - каменистое уплотнение вследствие склерозирования
 - симптомы воспаления (краснота, боль, отечность, припухлость)
 - увеличение лимфоузла
150. К критериям скрытой тромбофилии относятся все перечисленные, кроме
- тромбофилического анамнеза жизни
 - тромбофилического семейного анамнеза
 - лабораторно выявленных отклонений гемостаза
 - осмотра ребенка
151. Не свидетельствуют о семейной тромбофилии следующие заболевания у родственников
- инфаркты
 - артриты
 - инсульты
 - тромбофлебиты
152. Для подтверждения факта семейной тромбофилии наиболее важным является наличие у родственников
- повторных инфарктов, инсультов, тромбофлебитов
 - развития указанных заболеваний в более молодом возрасте, чем в популяции
 - обширности инфарктов, инсультов
 - неэффективности лечения инфарктов, инсультов, тромбофлебитов
153. Причиной формирования приобретенной скрытой тромбофилии не являются
- очаги хронической инфекции
 - множественные малые аномалии
 - атопия
 - остаточные явления перинатальной гипоксии
154. Причиной формирования транзиторной приобретенной скрытой тромбофилии не являются
- частые повторные заболевания
 - прививки
 - тяжелое заболевание
 - физическая нагрузка
155. Причиной формирования транзиторной приобретенной скрытой тромбофилии не являются
- стрессы
 - период дизадаптации при смене климата
 - травмы, операции
 - танцы
156. Не способствуют развитию скрытой тромбофилии следующие алиментарные факторы
- жирная пища
 - обилие белка
 - обилие моносахаров
 - щелочная диета
157. Какие виды жира не способствуют тромбофилии?
- растительные масла
 - сливочное масло

- в) сало
- г) топленое масло

158. Какие состояния не сопровождаются явной тромбофилией?

- а) хронические интоксикации
- б) хронические заболевания
- в) заболевания с тяжелым и среднетяжелым течением
- г) бактерионосительство

159. Причиной развития ДВС-синдрома не являются

- а) бактериальная инфекция
- б) вирусная инфекция
- в) шок
- г) алиментарное ожирение

160. Какая бактериальная инфекция реже вызывает ДВС-синдром?

- а) менингококковая
- б) грам-отрицательная
- в) стрептококковая
- г) стафилококковая

161. Причиной развития ДВС-синдрома не являются

- а) аутоиммунные процессы
- б) иммунные процессы
- в) заболевания паренхиматозных органов, протекающие с деструкцией
- г) гемофилия

162. Наиболее редкой причиной развития ДВС-синдрома в хирургической практике является

- а) операция на органе, пораженном хроническим воспалительным процессом
- б) операция со значительным повреждением паренхиматозных, мышечных тканей
- в) обширные ожоги, травмы, раздавливание тканей
- г) аппендэктомия, произведенная в первые 3 часа заболевания

163. ДВС-синдром новорожденного реже вызывает

- а) сепсис
- б) вмешательство на сосудах пуповины
- в) очаговая гнойная инфекция
- г) дисбактериоз кишечника

164. Причиной развития ДВС-синдрома не являются

- а) укусы змей, ядовитых насекомых
- б) травмы
- в) укусы пиявок
- г) отравления

165. Какие препараты не способствуют развитию ДВС-синдрома?

- а) усиливающие функции тромбоцитов (ЭАКК, дицинон и др.)
- б) повышающие свертывание крови (викасол, препараты кальция и др.)
- в) угнетающие фибринолиз (трасилол, контрикал и др.)
- г) антигистаминные (димедрол, супрастин и др.)

166. Не способствуют развитию ДВС-синдрома

- а) поражение эндотелия
- б) активация функций тромбоцитов
- в) снижение функций тромбоцитов
- г) гемолиз

167. Не способствует развитию ДВС-синдрома

- а) повышение свертывания
- б) понижение свертывания
- в) понижение антисвертывания
- г) понижение фибринолиза

168. Не способствует развитию ДВС-синдрома

- а) повышение вязкости крови
- б) понижение вязкости крови
- в) понижение скорости кровотока
- г) микроангиоспазм, венозный застой

169. Не усиливает вязкость крови

- а) понижение гематокрита
- б) повышение гематокрита
- в) белки "острой фазы" воспаления
- г) повышение СОЭ

170. Белки, не повышающие вязкость крови

- а) фибриноген
- б) глобулины α_2 , β , γ
- в) альбумины
- г) гаптоглобин

171. Сосуды каких органов тромбируются не в первую очередь?

- а) легких
- б) мышц
- в) почек
- г) мезентериальные

172. Какая форма тромбофилии не имеет клинических проявлений?

- а) ДВС-синдром
- б) тромбофилия явная
- в) тромбофилия скрытая
- г) тромбоваскулит

173. Какие заболевания не связаны с тромбоваскулитом?

- а) узловатая эритема
- б) системная красная волчанка
- в) пиодермия
- г) геморрагический васкулит

174. Какое исследование не подтверждает наличие ДВС-синдрома?

- а) СОЭ
- б) этаноловый тест
- в) протамин-сульфатный тест
- г) тест "склеивания стафилококков"

175. Какое исследование неинформативно при тромбоваскулите?

- а) определение фибриногена
- б) фибринолитическая активность
- в) подсчет лейкоцитов
- г) подсчет тромбоцитов

176. Какие препараты не являются дезагрегантами?

- а) антигистаминные
- б) фурановые производные
- в) миогенные спазмолитики
- г) салицилаты

177. Какой препарат не улучшает микроциркуляцию?

- а) трентал
- б) тиклид
- в) гентамицин
- г) эуфиллин

178. Какой препарат не показан при III фазе ДВС-синдрома (коагулопатии и тромбоцитопении потребления)?

- а) преднизолон
- б) тиклид
- в) ингибиторы ферментов
- г) свежзамороженная плазма

179. Какой способ введения гепарина предпочтителен при I фазе ДВС-синдрома?

- а) внутримышечно
- б) в подкожно-жировую клетчатку живота
- в) под язык
- г) внутривенно

180. Наиболее эффективное внутривенное введение гепарина

- а) 4 раза в сутки
- б) 6 раз в сутки
- в) ежечасно
- г) непрерывно

181. Препараты, обладающие фибринолитическими свойствами
- а) эpsilon-аминокапроновая кислота
 - б) никотиновая кислота
 - в) дицинон
 - г) преднизолон
182. Что реже сопровождается тромбоцитопатией?
- а) дизмезенхимоз
 - б) синдром Элерса - Данлоса
 - в) аллергия
 - г) нервно-артритический тип конституции
183. Не является признаком дизмезенхимоза
- а) высокорослость
 - б) слабость опорно-связочного аппарата
 - в) птозы внутренних органов
 - г) снижение интеллекта
184. Не является проявлением дизмезенхимоза
- а) пролапсы сердечных клапанов
 - б) пролапсы слизистой оболочки желудка в пищевод, в луковицу 12-перстной кишки
 - в) экссудативно-катаральный тип конституции
 - г) пролапс прямой кишки
185. Для тромбоцитопатии не характерны кровотечения
- а) носовые
 - б) маточные
 - в) в кожу и подкожную клетчатку
 - г) кишечные, сопровождающиеся болями в животе
186. Какое исследование не характеризует тромбоцитопатию?
- а) подсчет тромбоцитов
 - б) определение времени кровотечения
 - в) определение времени свертывания
 - г) определение функций тромбоцитов
187. Какое исследование не характеризует функциональную способность тромбоцитов?
- а) подсчет тромбоцитов
 - б) определение агрегационной способности
 - в) определение адгезии
 - г) ретракция кровяного сгустка
188. Какой клинический симптом характерен для тромбоцитопатии?
- а) лимфаденопатия
 - б) пурпура
 - в) оссалгии
 - г) спленомегалия
189. Какое исследование необходимо произвести при наличии у ребенка тромбоцитопатии и спленомегалии?
- а) стерильную пункцию
 - б) коагулограмму
 - в) определить продолжительность кровотечения
 - г) посев крови на стерильность
190. Какой препарат не понижает агрегационную функцию тромбоцитов?
- а) курантил
 - б) преднизолон
 - в) аспирин
 - г) тиклид
191. Какие препараты не понижают агрегационную функцию тромбоцитов?
- а) антигистаминные
 - б) миотропные вазодилататоры
 - в) дицинон (этамзилат)
 - г) новокаин
192. Инфузия какого препарата снижает способность тромбоцитов к агрегации?
- а) реополиглюкина
 - б) плазмы

- в) физраствора
- г) крови

193. Какое кровотечение не характерно для гемофилии?

- а) в суставы
- б) в мышцы
- в) в кожу и подкожную клетчатку
- г) кишечное с болями в животе

194. Для гемофилии А наиболее характерно кровоизлияние

- а) в суставы
- б) носовое
- в) в кожу
- г) в плевральную полость

195. Правильная тактика ведения ребенка с гемофилией при кровоизлиянии в сустав

- а) амбулаторное лечение
- б) госпитализация в хирургическое отделение
- в) консультация гематолога
- г) госпитализация в специализированное отделение

196. Какое исследование наиболее информативно при гемофилии?

- а) определение плазменных факторов свертывания
- б) определение времени кровотечения
- в) определение времени свертывания
- г) подсчет тромбоцитов

197. Какой гемопрепарат следует вводить при гемофилии А?

- а) прямое переливание крови от матери
- б) концентрат VIII фактора
- в) прямое переливание крови
- г) переливание крови длительного хранения

198. Как правильно вводить препараты плазмы при гемофилической пурпуре?

- а) частыми каплями внутривенно
- б) редкими каплями внутривенно
- в) струйно внутривенно
- г) внутримышечно

199. Какой препарат можно назначать при гемофилической пурпуре?

- а) аспирин
- б) антигистаминные препараты
- в) эпислон-аминокапроновую кислоту
- г) реополиглюкин

200. При свежем гемартрозе нецелесообразны

- а) иммобилизация кратковременная (до 5 дней)
- б) охлаждение
- в) сухое тепло (компресс)
- г) аспирация крови

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-Б | 002-Г | 003-Г | 004-Г | 005-Б | 006-В | 007-Г |
| 008-Г | 009-В | 010-Г | 011-Г | 012-А | 013-Г | 014-Г |
| 015-Г | 016-А | 017-Г | 018-Г | 019-Г | 020-Б | 021-Г |
| 022-В | 023-Г | 024-В | 025-Г | 026-В | 027-Г | 028-Г |
| 029-Г | 030-Г | 031-Г | 032-В | 033-В | 034-Б | 035-В |
| 036-В | 037-В | 038-Б | 039-А | 040-А | 041-Б | 042-Б |
| 043-А | 044-В | 045-Г | 046-Б | 047-Б | 048-В | 049-В |
| 050-В | 051-А | 052-А | 053-Б | 054-В | 055-Г | 056-Г |
| 057-Г | 058-Б | 059-Г | 060-Б | 061-А | 062-А | 063-Г |
| 064-Г | 065-В | 066-Г | 067-Г | 068-Г | 069-А | 070-Г |
| 071-В | 072-А | 073-А | 074-Г | 075-Г | 076-В | 077-Г |
| 078-А | 079-Г | 080-Г | 081-Г | 082-Г | 083-В | 084-Г |
| 085-Б | 086-В | 087-А | 088-Б | 089-В | 090-Г | 091-Г |
| 092-Г | 093-А | 094-В | 095-Г | 096-В | 097-Г | 098-Г |
| 099-Г | 100-В | 101-В | 102-В | 103-В | 104-В | 105-В |
| 106-Б | 107-В | 108-Б | 109-В | 110-В | 111-А | 112-В |
| 113-А | 114-Г | 115-Б | 116-Г | 117-Б | 118-Б | 119-А |

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 120-Г | 121-Г | 122-Г | 123-В | 124-Г | 125-Г | 126-В |
| 127-А | 128-Г | 129-Г | 130-Г | 131-Г | 132-А | 133-Б |
| 134-Г | 135-Г | 136-В | 137-В | 138-Г | 139-А | 140-В |
| 141-А | 142-В | 143-В | 144-Г | 145-В | 146-В | 147-А |
| 148-В | 149-Г | 150-Г | 151-Б | 152-В | 153-Б | 154-Г |
| 155-Г | 156-Г | 157-А | 158-Г | 159-Г | 160-В | 161-Г |
| 162-Г | 163-Г | 164-В | 165-Г | 166-В | 167-Б | 168-Б |
| 169-А | 170-В | 171-Б | 172-В | 173-В | 174-А | 175-В |
| 176-Б | 177-В | 178-Б | 179-Г | 180-Г | 181-Б | 182-Г |
| 183-Г | 184-В | 185-Г | 186-В | 187-А | 188-Б | 189-А |
| 190-Б | 191-В | 192-А | 193-Г | 194-А | 195-Г | 196-А |
| 197-Б | 198-В | 199-В | 200-Б | | | |

Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА 1

Девочка М., 5 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение, кровоподтеки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях. Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала этого заболевания перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой. Кровоизлияния на коже от мелкоточечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления - длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз геморрагического васкулита.

При поступлении состояние девочки тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Одышки нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нв –108 г/л, эр. – 3,8х10¹²/л, цв. п. – 0,86, тромбоциты 8,0х10⁹/л, лейкоциты 9,2х10⁹/л, п/я –3%, с/я – 43%, эоз – 4%, лимфоциты – 44%, моноциты – 6%, СОЭ – 7мм/час. Время кровотечения по Дьюку 7 мин, время свертывания по Сухареву - начало 2 мин, конец – 4 мин.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 60%, эозинофилы 5%, лимфоциты 10%, эритроидный росток – 24%, мегакариоциты – 0,4% (1 на 250) – молодые формы со слабой отшнуровкой тромбоцитов.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1015, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр, лейкоциты – 1-4 в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?
4. Назовите тип кровоточивости у пациента.
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
7. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов для оценки их функциональных свойств.
8. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

ЗАДАЧА 2

Ребенок В., 5 лет, доставлен в больницу с жалобами на сыпь на коже конечностей, боли и припухлость голеностопных суставов, боли в животе.

Из анамнеза известно, что месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до 38,5°C, с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз: лакунарная ангина. Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось, появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин, голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный без каловых масс с примесью крови (типа мелены). Мочится достаточно, моча светлая. Общий анализ крови: Нв – 128 г/л, эр. $4,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,85, тромбоциты $432 \times 10^9/л$, лейкоциты $10,5 \times 10^9/л$, п/я – 9%, с/я – 61%, эоз – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л, альбумины – 38 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, билирубин общий – 13,5 мкмоль/л, АСТ – 20 ЕД/л, АЛТ – 18 ЕД/л, СРБ ++, средние молекулы 130 ЕД/л, АСЛ-О 250 ЕД/л (N до 200).

Коагулограмма: протромбиновое время 110%, активированное частичное тромбопластиновое время 70 сек (N 60-70 сек), фибриноген 4,4 г/л, тромбиновое время 10сек (N 10-20сек), этаноловый тест отрицательный.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1030, белок – следы, рН – 5,7, эпителий плоский – 0-1 в п/зр, лейкоциты – 2-4 в п/зр, эритроциты, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Объясните патогенез клинических симптомов заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
4. Укажите возможные осложнения при данном заболевании.
5. С врачом какой специальности необходимо проконсультировать больного?
6. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА 3

Мальчик С., 9 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. После года были повторные носовые кровотечения без видимой травмы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый

голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.

Общий анализ крови: Нв – 93 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,77, ретикулоциты 2,5 %, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при этом заболевании?
4. Назначьте лечение этому больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?
6. Укажите тип кровоточивости у больного.
7. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?
8. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?
9. Какие методы обследования показаны этому больному? Предполагаемые изменения.

ЗАДАЧА 4

Ребенок Максим Я., 14 лет поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии на область увеличенных лимфатических узлов, после чего отмечалось их увеличение, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически высоко лихорадит до $38,5^{\circ}C$, что сопровождается ознобом, беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером $5,0 \times 7,0$ см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером $1,0-1,5$ см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

В общем анализе крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, цв.п. 0,88, тромбоциты $495 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 20%, СОЭ 37 мм/час.

В биоптате шейного лимфатического узла обнаружены клетки Березовского-Штернберга. На рентгенограмме органов грудной клетки – расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. На УЗИ органов брюшной полости-

печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

В миелограмме – костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания и гистологического варианта?
3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
4. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного, если да, то какие?
5. Что включает в себя лечение данной патологии?
6. От чего зависит объем лечебных мероприятий?
7. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз

ЗАДАЧА 5

Девочка Юлия Х, 11 лет поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел.

Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,30 С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200,0x10⁹/л, с подозрением на опухолевое заболевание девочка была госпитализирована.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0см, селезенка +2,0см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

В общем анализе крови: гемоглобин 86 г/л, эритроциты 3,2x10¹²/л, цв.п. 0,8, тромбоциты единичные, лейкоциты 208x10⁹/л, бласты 76%, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/час.

В миелограмме – костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга – ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

По данным иммунологического исследования костного мозга- на бластных клетках выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

В ликворе – цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, реакция Панди +++, бласты 100%.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
6. Объясните патогенез клинических симптомов.

7. Опишите морфологические особенности лимфобласта.
8. Какие цитохимические реакции характерны для миелобластов? для лимфобластов?

ЗАДАЧА 6

Ребенок Виталий Б., 12 лет поступил в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев мальчик стал часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки.

Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

В общем анализе крови: гемоглобин 72г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, цв.п 0,8, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты единичные, лейкоциты $1,3 \times 10^9/л$, сегментоядерные 1%, палочкоядерные 4%, лимфоциты 95%, СОЭ 35 мм/час.

В миелограмме: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, лимфоциты 80%, мегакарициты не найдены.

В общем анализе мочи: цвет желтый, относительная плотность 1018, белок - следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 25-30 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании может идти речь у данного больного?
2. Какие исследования необходимо еще провести, и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
6. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этого больного?
7. Какова наиболее вероятная причина появления неврологической симптоматики у больных с этой патологией?
8. Опишите гистологическую картину костного мозга, характерную для данного заболевания.
9. Какова продолжительность жизни эритроцитов?

ЗАДАЧА 7

Девочка 4 лет, от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые в срок. Масса при рождении 3800г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко. Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день: озноб, температура тела $39^{\circ}C$, двукратная рвота, желтушность кожи, цвет мочи темный с красным оттенком.

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 средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень +4 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: гемоглобин 60 г/л, эр. $2,1 \times 10^{12}$ /л, цв.п. 0,85, тромбоциты $70,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $15,7 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 19%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 10,0мл, цвет – розовый, относительная плотность 1028, белок 0,66 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр, эритроциты 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, калий 6,19 ммоль/л, натрий 140,0 ммоль/л, мочевины 38,6 ммоль/л, креатинин 673 мкмоль/л (норма до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18,0 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез данного состояния?
3. Объясните механизм развития почечной недостаточности.
4. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
5. Оцените функциональное состояние почек.
6. Каковы Ваши терапевтические мероприятия?
7. Перечислите исходы данного заболевания.
8. Какова длительность диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 8

Больной С., 5 лет поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок болен около двух недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура 38,50 С. Получал аналгин, бисептол. 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная окраска мочи. Участковым педиатром заподозрен вирусный гепатит. Анамнез жизни без особенностей.

При поступлении состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, иктеричность кожи и склер. При аускультации сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из подреберья на 2 см, селезенка на 3 см. Мочится хорошо, моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный.

В общем анализе крови: гемоглобин 38 г/л, эритроциты $1,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 1,0, ретикулоциты 11%, тромбоциты 230×10^9 /л, лейкоциты $12,3 \times 10^9$ /л, миелоциты 1%, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 5%, СОЭ 45 мм/час, выражен анизоцитоз, пойкилоцитоз.

В биохимическом анализе: общий белок 70 г/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 60 ммоль/л, билирубин прямой 7 ммоль/л, непрямой 67,2 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,1 мкмоль/л, калий 4,6 мкмоль/л, АСТ 28 ед., АЛТ 30 ед.

В общем анализе мочи: уробилин положит., свободный гемоглобин отсутствует, белок 0,33 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Проба Кумбса с эритроцитами: положительная.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании Вы подумали? Подтвердите диагноз имеющимися клиническими и лабораторными данными.
2. Какие виды гемолиза могут встречаться при данном заболевании?
3. Перечислите возможные осложнения.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какая неотложная терапия должна быть назначена?
6. Что такое физиологический гемолиз?
7. Какие особенности кровообращения в селезенке способствуют разрушению в ней эритроцитов?
8. Расскажите об обмене билирубина в норме и при гемолизе эритроцитов.

ЗАДАЧА 9

Девочка 3., 12 лет, поступила в приемное отделение больницы с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что у ребенка с 3 лет отмечаются нечастые непродолжительные носовые кровотечения, купирующиеся самостоятельно, после годовалого возраста на коже часто появляются кровоподтеки, неадекватные перенесенной травме.

Родители ребенка считают себя здоровыми. У отца в детстве были носовые кровотечения, но обследование не проводилось.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Кожа и слизистые оболочки умеренно бледные, отмечаются многочисленные экхимозы различной давности и величины (от 0,5 до 2-3 см) на туловище и конечностях, в местах давления одеждой небольшое количество петехий.

Периферические лимфатические узлы: подчелюстные, подмышечные, паховые размером до 1,0 см, подвижные, безболезненные, единичные. Слизистая оболочка полости рта блестящая, чистая, миндалины не увеличены, по задней стенке глотки стекает кровь.

Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание и дефекация не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин 92 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, цв.п. 0,81, ретикулоциты 3%, тромбоциты $380,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 65%, эозинофилы 1%, лимфоциты 27%, моноциты 5%, СОЭ 12 мм/час.

Время кровотечения по Дьюку: 6 мин.

Время свертывания по Бюркеру: начало 2 мин, конец 4 мин, по Ли-Уайту (венозная кровь) – 9 мин (норма 5-6 мин).

Ретракция кровяного сгустка: через 1 час – 0, через 3 часа – 0,2.

Агрегация тромбоцитов под влиянием АДФ, адреналина, коллагена ослаблена, ристоцетин-агрегация – нормальная.

ЗАДАНИЕ:

1. О какой группе заболеваний Вы думаете?
2. Какие клинические и лабораторные данные позволяют предположить данную патологию?
3. Какой тип кровоточивости характерен для данной патологии?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения данной больной.
6. Объясните механизм возникновения геморрагического синдрома.
7. Назовите неотложные мероприятия при кровотечении, с которым ребенок поступил в больницу.
8. Консультация каких специалистов необходима при лечении данного ребенка?

ЗАДАЧА 10.

Девочка Лена Г., 3-х лет поступила в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что с первых дней после рождения отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов. В родильном доме проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что девочка немного пожелтела, но к врачу не обратились. 3 дня назад у девочки повысилась температура до 37,80 С, появилась желтуха. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Девочка вялая, сонливая. Кожа и слизистые оболочки бледные, с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: «башенный» череп, «седловидная» переносица, «готическое» небо.

Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка + 4,0 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены. В общем анализе крови: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 1,0, ретикулоциты 16%, лейкоциты $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 45%, лимфоциты 37%, моноциты 13%, эозинофилы 3%, СОЭ 24 мм/час; анизо- и пойкилоцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, тельца Жолли.

В биохимическом анализе крови: общий белок 82г/л, билирубин прямой 32,2 ммоль/л, непрямой 140,4 ммоль/л, свободный гемоглобин отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min 0,72, max 0,36. 60% эритроцитов имеют сферическую форму, диаметр эритроцитов 3,3μ – 10%, 5μ – 40%, 6,6μ – 40%, 7,4 μ - 10%.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании идет речь?
2. На основании каких данных Вы поставили этот диагноз?
3. Какой вид гемолиза при этом заболевании? Объясните патогенез гемолиза.
4. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данной больной и почему?
5. Перечислите осложнения при этом заболевании.
6. Объясните механизм возникновения костных деформаций.
7. Что такое физиологический гемолиз? Где в норме разрушаются «старые» эритроциты?
8. Назовите биохимические признаки внутриклеточного и внутрисосудистого гемолиза.
9. Как происходит обмен билирубина?

Ответы:

1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, острое течение.
2. Геморрагический васкулит, смешанная кожно-суставно-абдоминальная форма, острое течение.
3. Гемофилия А, тяжелая форма.
4. Болезнь Ходжкина (Лимфогранулематоз), стадия IIБ
5. Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейрорлейкоз, первый острый период.
6. Приобретенная апластическая анемия.
7. Гемолитико-уремический синдром.
8. Приобретенная гемолитическая анемия, иммунная.
9. Наследственная тромбоцитопатия (тромбастения Гланцмана).
10. Наследственный сфероцитоз, криз средней тяжести.

Раздел 6. Эндокринология детского возраста.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Йоддефицитные состояния у детей. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение и профилактика.
2. Аденогенитальный синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
3. Мероприятия при острой надпочечниковой недостаточности
4. Заболевания гипофиза у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
5. Особенности роста и развития подростков.
6. Хроническая недостаточность надпочечников. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
7. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
8. Врожденный гипотиреоз. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
9. Задержка роста у детей. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Задержка полового созревания. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Преждевременное половое развитие. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Гипогликемическая кома, гипергликемическая кома. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. неотложная помощь.
13. Ожирение. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
14. Эндемический зоб. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Тестовый контроль:

001. Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно
- а) задержка психомоторного развития
 - б) длительно существующая желтуха новорожденных
 - в) сухость кожи
 - г) диарея
002. Для больного сахарным диабетом не характерно
- а) жажда
 - б) учащенное мочеиспускание
 - в) похудание
 - г) плаксивость
003. При соль-теряющей форме аденогенитального синдрома характерны
- а) вялость

- б) мышечная гипотония
- в) жидкий стул
- г) все перечисленное

004. У больных с врожденным первичным гипотиреозом не наблюдается

- а) снижение вольтажа на ЭКГ
- б) повышенного уровня ТТГ
- в) сниженного уровня Т3, Т4
- г) высокого уровня гормона роста

005. Для больного сахарным диабетом не характерно

- а) жажда
- б) полиурия
- в) экзофтальм
- г) расчесы на коже

006. При соль-теряющей форме адреногенитального синдрома характерны

- а) гипонатриемия
- б) гиперкалиемия
- в) высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
- г) все перечисленное

007. При врожденном нелеченном первичном гипотиреозе не наблюдается

- а) полиурия
- б) пастозность тканей
- в) крупный язык
- г) сухость кожи

008. Неотложными мероприятиями при соль-теряющей форме адреногенитального синдрома являются

- а) введение внутримышечно гидрокортизона каждые 6-8 ч
- б) введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы внутривенно капельно
- в) введение ДОКСа внутримышечно 1-2 раза в сутки
- г) введение всех перечисленных препаратов

009. При сахарном диабете I типа, диабетической гипогликемической коме не следует

- а) вводить 40% раствор глюкозы
- б) вводить подкожно 0.5-1.0 мл адреналина
- в) накормить больного после выхода из комы
- г) вводить инсулин

010. Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечаются дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи.

Глазные яблоки мягкие, печень - 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание.

Ваш предварительный диагноз

- а) сахарный диабет
- б) несахарный диабет
- в) диабетическая кетоацидотическая кома
- г) менингит

011. У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление - 140/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- в) церебральное ожирение

012. При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается все перечисленное, кроме

- а) гиперхолестеринемии
- б) задержки дифференцировки костей скелета
- в) остеопороза
- г) полиурии

013. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме

- а) гипербилирубинемии
- б) гипергликемии
- в) глюкозурии
- г) наличия ацетона в моче

014. К признакам, подтверждающим диагноз "диабетическая кетоацидотическая кома", относятся все перечисленные, кроме

- а) бессознательного состояния
- б) шумного Куссмаулевского дыхания

- в) сухой кожи
- г) обилия хрипов в легких

015. Девочка 10 лет. Ожирение II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- в) церебральное ожирение
- г) синдром Лоренса - Муна - Бидля

016. При гипотиреозе педиатр должен

- а) назначить самостоятельно лечение
- б) направить больного на консультацию к эндокринологу
- в) назначить диетотерапию
- г) назначить повторный осмотр через полгода

017. Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие

- а) увеличения СОЭ
- б) гиперкалиемии
- в) низкого удельного веса мочи
- г) гипергликемии

018. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме

- а) гиперпигментации кожи
- б) желтушности кожи
- в) похудения
- г) общей слабости

019. При диабетической кетоацидотической коме обычно не наблюдаются

- а) боли в животе
- б) потеря сознания
- в) запах ацетона
- г) судороги

020. Для первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) не характерно

- а) повышение сахара в крови
- б) полиурия
- в) артериальная гипертензия
- г) мышечная слабость

021. У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы III степени. Кожа влажная, горячая, Экзофтальмия.

Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия. Артериальное давление - 140/60 мм рт. ст. Установлен диагноз - "диффузный токсический зоб III степени, тяжелая форма"

- а) диагноз верен
- б) диагноз не верен
- в) необходимо исключить опухоль мозга
- г) необходимо исключить ревматизм

022. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все признаки, кроме

- а) снижения аппетита
- б) повышения артериального давления
- в) снижения артериального давления
- г) сочетания этой болезни с туберкулезом

023. Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать все признаки, кроме

- а) наличия глюкозурии
- б) лейкоцитоза
- в) наличия ацетонурии
- г) наличия гипергликемии

024. Для болезни Иценко - Кушинга не характерно

- а) артериальная гипотензия
- б) неравномерное отложение жира
- в) стрии
- г) остеопороз и задержка роста

025. У девочки 3 лет полиурия, дефицит веса 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.
Предварительный диагноз
- почечная глюкозурия
 - инсулинозависимый сахарный диабет
 - несахарный диабет
 - нарушение толерантности к углеводам
026. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается
- тремор рук
 - судороги
 - повышенный аппетит
 - гиперпигментация кожи
 - желтушность кожи
027. При лечении конституционально-экзогенного ожирения можно использовать все перечисленное, кроме
- диетотерапии
 - ЛФК
 - анорексигенных препаратов
 - хлоритана
028. Применение мерказолила, пропранолола и преднизолона показано
- при диффузно-токсическом зобе III степени тяжелой формы
 - при гипотиреозе
 - при эутиреоидном увеличении щитовидной железы III степени, вегетососудистой дистонии
 - при сахарном диабете
029. При хронической первичной надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) не характерно
- понижение артериального давления
 - сниженный уровень кортизола в крови
 - сниженный уровень АКТГ в крови
 - похудание
030. Ребенка с эутиреоидным увеличением щитовидной железы III степени, вегетососудистой дистонией следует лечить
- у педиатра
 - у эндокринолога
 - у невропатолога
 - у гомеопата
031. У девочки 12 лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз
- церебрально-гипофизарный нанизм
 - болезнь Дауна
 - синдром Шерешевского - Тернера
 - конституциональная задержка полового и физического развития
032. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить
- дообследование
 - срочную госпитализацию в эндокринологическое отделение
 - внутривенное введение 5% раствора глюкозы
 - лечение на дому
033. Для первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) характерно все перечисленное, кроме
- повышения сахара в крови
 - понижения калия в крови
 - артериальной гипертензии
 - мышечной слабости

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-Г | 002-Г | 003-Г | 004-Г | 005-В | 006-Г | 007-А |
| 008-Г | 009-Г | 010-В | 011-Б | 012-Г | 013-А | 014-Г |
| 015-А | 016-Б | 017-Г | 018-Б | 019-Г | 020-А | 021-А |
| 022-Б | 023-Б | 024-А | 025-Б | 026-Г | 027-Г | 028-А |
| 029-В | 030-Б | 031-В | 032-Б | 033-А | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Родился с массой 4000 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик 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 снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации напряжен.

Общий анализ крови: НЬ – 135 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц- $8,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я – 4%, с/я – 50%; э – 1%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – слабо мутная; относительная плотность 1035, реакция – кислая; белок – нет, глюкоза 2%, 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. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
4. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
5. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?

ЗАДАЧА 2

Ира Д., 6 лет. Девочка от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, первых преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г, рост 46 см. Раннее развитие без особенностей.

Из анамнеза известно: что в 5 лет перенесла сотрясение мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов.

Осмотр: рост 130 см, вес 28 кг. Вторичные половые признаки: Р₂, Ах_о, Ма₂, Ме с 6 лет.

Общий анализ крови: НЬ – 130 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц – $5,5 \times 10^9$; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; 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 моль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените физическое развитие.

3. Какому возрасту соответствует половое развитие?
4. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
5. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Какими препаратами проводится терапия?

ЗАДАЧА 3

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, протекавшей нормально, 2 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 периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 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 – 75 см, вес – 9,5 кг.

Общий анализ крови: НЬ – 91 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, ц.п. – 0,85, лейкоц – $9,0 \times 10^9/л$; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; 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. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Основные принципы терапии?

ЗАДАЧА 4

Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1 срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

Объективно: рост 105 см, вес 16 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; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; 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 диагноз.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?

ЗАДАЧА 5

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что 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 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 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; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; 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 ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутрпеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените физическое развитие и результаты проведенных исследований.
3. Какова возможная причина развития данной патологии?
4. В группу риска по какому эндокринологическому заболеванию относится этот ребенок?
5. Основные методы терапии?

ЗАДАЧА 6

Ребенок К., 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: НЬ – 115 г/л, Эр – $5,0 \times 10^{12}/л$, Лейк – $9,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я – 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 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 пмоль/л).

Кариотип: 46 XX.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. По какому типу наследуется данное заболевание. Какая вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?
3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
4. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
5. При каких заболеваниях может отмечаться рвота “фонтаном”, жидкий стул? Дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 7

Витя Л., 10 лет. Мальчик от 2 нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3500 г., рост – 50,0 см. Ходить начал с 1,5 лет, зубы с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учился плохо. С 8 лет стал заметно полнеть. С 10 лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились: рост 130 см, вес 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 минуту, АД 190/120 мм рт.ст. Число дыханий 44 в 1 минуту.

Общий анализ крови: Нв – 86 г/л, лейкоц. – $10 \times 10^9/л$ (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ – 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин – 8,0 ммоль/л (норма 3,5-5,6 ммоль/л), глюкоза натощак – 6,8 ммоль/л.

R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 10 годам. Отмечается остеопороз.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?

3. С какими формами ожирения необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Что может служить причиной развития этого заболевания?
5. Основные методы лечения.

ЗАДАЧА 8

Наташа Г., 12 лет. От 1 беременности, 1 срочных родов, протекавших нормально. Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы. После очередного обострения хронического тонзиллита состояние ребенка стало постепенно ухудшаться, появилась потливость, раздражительность, быстрая утомляемость.

При осмотре в поликлинике отмечалась тахикардия. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматизм».

При поступлении состояние средней тяжести, повышенная потливость. Щитовидная железа диффузно увеличена до III степени. Умеренно выраженный экзофтальм, симптомы Дальримпля и Мебиуса положительные, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно-систолический шум. Пульс 110 в 1 мин., АД 140/50 мм.рт.ст. Тремор пальцев рук.

Общий анализ крови: НЬ – 120 г/л, Эр – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $5,5 \times 10^9$ /л; н – 25%, э – 2%, л – 50%, м – 20%, тромбоциты – 140×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая; удельный вес 1015, реакция – кислая; 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. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
3. Оцените результаты исследований.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
5. Тактика ведения больного с обоснованием выбранных методов лечения.

ЗАДАЧА 9

Миша К, 7 лет. От II беременности, протекавшей с нефропатией 2 половины, I 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: НЬ – 120 г/л, эр – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $5,5 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 55%, э – 2%, л – 35%, м – 5%, тромбоциты – 200×10^9 /л, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; 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 ионизированный – 0,68, щелочная фосфатаза – 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 предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какими препаратами проводится терапия?

ЗАДАЧА 10

Максим К., 11 лет. Болен сахарным диабетом с 6 лет. Последнее время находился на дозе инсулина 30 единиц в сутки. Состояние дома оставалось удовлетворительным. Сахар 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 38⁰ С. Введена прежняя доза инсулина. Самочувствие днем оставалось плохим – отмечалась сонливость, плохой аппетит (в течение всего дня мальчик ел очень мало). Ночью у ребенка появился 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 предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Причины развития данного состояния у ребенка?
4. Какова неотложная терапия в данном случае?
5. Проведите дифференциальную диагностику с гипергликемической комой.

ЗАДАЧА 11

Олеся Ж., 10 лет, проживает в Саратовской области. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина – 51 см. Раннее развитие без особенностей. У мамы и бабушки отмечается увеличение щитовидной железы I-II степени.

Во время диспансеризации врач обнаружил у девочки увеличение щитовидной железы, после чего она была направлена на консультацию к эндокринологу. Увеличение щитовидной железы было выявлено и у других детей из этого класса.

При осмотре и пальпации: щитовидная железа увеличена, мягко-эластичной консистенции. Клинических признаков изменения функции щитовидной железы не выявлено.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эр – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $5,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - полная; относительная плотность 1015, реакция - кислая; 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. Ваш предположительный 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?

Ответы:

1. Сахарный диабет I типа, гипергликемическая кетоацидотическая кома.
2. Преждевременное половое развитие.
3. Врожденный гипотиреоз.
4. Соматотропная недостаточность.
5. Экзогенно-конституциональное ожирение.
6. Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма.
7. Синдром гиперкортицизма.
8. Диффузный токсический зоб.
9. Гипопаратиреоз.
10. Гипогликемическое состояние.
11. Эндемический зоб.

Раздел 7. Интенсивная терапия и реанимация.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

- Гипогликемическая кома. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь.
- Гиперкетонемическая кома. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь.
- Острая почечная недостаточность. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- Острые гастроуденальные и кишечные кровотечения у детей. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- Анафилактический шок. Факторы риска. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- ДВСС. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- Гиперосмолярная кома. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.

- Острая сердечная недостаточность. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- Острая дыхательная недостаточность. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.
- Неотложная помощь и интенсивная терапия при легочном кровотечении и кровохарканьи.
- Пневмоторакс. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь и интенсивная терапия.

Тестовый контроль:

001. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме
- а) витаминотерапии
 - б) восстановления объема циркулирующей крови
 - в) коррекции кислотно-щелочного равновесия
 - г) оксигенотерапии
002. При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь не включает
- а) обеспечение проходимости дыхательных путей
 - б) стимуляцию кашля
 - в) оксигенотерапию
 - г) применение препаратов, содержащих кофеин
003. Клиническими признаками остановки дыхания являются все перечисленные, кроме
- а) цианоза
 - б) остановки сердца
 - в) потери сознания
 - г) отсутствия дыхательных движений
004. К доступным способам восстановления свободной проходимости дыхательных путей относятся все перечисленные, кроме
- а) разгибания шеи
 - б) обследования и освобождения ротоглотки от слизи, инородных тел пальцем
 - в) вывода и фиксации языка
 - г) трахеостомии
005. Начальная стадия астматического статуса ставится на основании
- а) продолжительности приступа
 - б) выраженности одышки
 - в) снижения толерантности к симпатомиметикам
006. При астматическом статусе назначается
- а) внутривенное введение эуфиллина
 - б) оксигенотерапия
 - в) седативные препараты
 - г) все перечисленное
007. При астматическом статусе предпочтительнее применение ксантиновых препаратов перед симпатомиметиками, так как
- а) они являются эффективными бронходилататорами
 - б) наступает блокада адренорецепторов к симпатомиметикам
 - в) они оказывают меньшее, чем симпатомиметики, кардиотоксическое действие
008. Первым признаком передозировки эуфиллина является
- а) падение артериального давления
 - б) головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
 - в) нарушение сердечного ритма
009. При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается
- а) изменение голоса
 - б) грубый лающий кашель
 - в) втяжение уступчивых мест грудной клетки

г) удлинение выдоха

010. При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение

- а) диуретиков
- б) гормонов
- в) симпатомиметиков
- г) пароксислородных ингаляций

011. Разжижению мокроты при ингаляциях и при интратрахеальном введении не способствует

- а) дезоксирибонуклеаза
- б) лидаза, ронидаза
- в) раствор канамицина
- г) мукоальвин

012. При крупе III степени ингаляции следует проводить.

- а) 30 мин
- б) 2 ч
- в) до появления продуктивного кашля

013. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается

- а) в восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
- б) в восстановлении объема циркулирующей плазмы
- в) в дезинтоксикации
- г) в восстановлении объема циркулирующих эритроцитов
- д) в устранении дефицита калия

014. К среднелекулярным коллоидным растворам не относится

- а) полиглюкин
- б) реополиглюкин
- в) желатиноль

015. Какой препарат в большей степени увеличивает текучесть крови?

- а) 5% раствор альбумина
- б) 10% раствор альбумина
- в) рингер-лактат
- г) нативная плазма
- д) реополиглюкин

016. Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является

- а) 0,3% раствор хлорида калия
- б) 1% раствор хлорида калия
- в) раствор фосфата калия
- г) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия

017. Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является

- а) 10% раствор хлорида натрия
- б) 0,9% раствор хлорида натрия
- в) раствор Рингера (рингер-лактат, лактасол)
- г) дисоль

018. Трансфузионные реакции на переливание крови наиболее часто наблюдаются

- а) при нарушении свертывающей системы крови пациента
- б) при острой почечной недостаточности
- в) при переливании иногруппной крови

019. Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров?

- а) флебит
- б) травма катетером сердца
- в) эмболия
- г) пневмоторакс

020. К мероприятиям, проводимым после извлечения утонувшего из водоема, относятся все перечисленные, кроме

- а) освобождения дыхательных путей и желудка от жидкости
- б) обследования ротоглотки пальцем
- в) проведения искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца
- г) измерения почасового диуреза

021. Необязательна госпитализация ребенка при ожогах поверхности кожи

- а) I степени 5-10%

- б) I степени 10-15%
- в) II степени 5% более
- г) III степени 3% и более

022. При ожогах с поражением небольших участков кожи необходимо осуществить все перечисленное, кроме

- а) орошения водой участков пораженной поверхности
- б) наложения повязки, смоченной разведенным спиртом или одеколоном, на пораженные участки кожи
- в) определения величины гематокрита

023. К признакам солнечного удара относятся все перечисленные, кроме

- а) головной боли
- б) тошноты, рвоты
- в) жидкого стула
- г) повышения температуры тела

024. При солнечном ударе необходимо все перечисленное, кроме

- а) поместить ребенка в тень
- б) применить холод на магистральные сосуды
- в) госпитализировать ребенка в случае нарушения гемодинамики и дыхания
- г) ввести атропин

025. Главным признаком черепно-мозговой травмы является

- а) выраженность костно-травматических повреждений
- б) степень утраты сознания
- в) выраженность менингеального синдрома

026. Кома при черепно-мозговой травме характеризуется

- а) стойким нарушением чувствительности, двигательных функций и функций черепных нервов
- б) изменением на глазном дне, высоким ликворным давлением
- в) изменением электролитного состава крови

027. Противоотечная терапия при черепно-мозговой травме показана для предотвращения

- а) нарастания гематомы
- б) нарастания внутричерепного давления

028. Терминальными состояниями являются все перечисленные, кроме

- а) шока IV степени
- б) комы
- в) агонии
- г) клинической смерти

029. К факторам, способствующим сохранению жизнедеятельности мозга, относятся все перечисленные, кроме

- а) состояния гипотермии
- б) состояния гипертермии
- в) состояния под наркозом

030. Для улучшения перфузии мозга у больного в коматозном состоянии необходимо

- а) максимально повысить среднее артериальное давление
- б) снизить внутричерепное давление с помощью дегидратации
- в) поддержать среднее артериальное давление на нормальных цифрах, улучшить реологические свойства крови

031. Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Что должен выяснить врач "скорой помощи"?

- а) снижен ли аппетит
- б) сколько выделяет мочи
- в) контакты с корью
- г) какие перенес детские инфекции

032. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей является

- а) возникновение гиповолемии
- б) прием нефротоксических веществ
- в) возникновение гемолиза
- г) наличие пороков развития почек

033. При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается

- а) гипокалиемия
- б) гиперкалиемия
- в) гипернатриемия
- г) гиперкальциемия

034. К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся

- а) повышение мочевины крови
- б) увеличение плотности мочи
- в) повышение кальция крови
- г) повышение калия крови

035. Какие антибиотики не следует использовать при острой почечной недостаточности?

- а) гентамицин
- б) левомецетин
- в) пенициллин
- г) эритромицин

036. Препаратом, противопоказанным ребенку с олигурией, является

- а) полиглюкин
- б) реополиглюкин
- в) альбумин
- г) желатиноль
- д) гемодез

037. Наиболее ранними признаками острой печеночной недостаточности являются

- а) гипербилирубинемия
- б) снижение белка
- в) гипогликемия
- г) увеличение трансаминаз

038. Острая печеночная недостаточность чаще всего сопровождается

- а) гиперкалиемией
- б) гипербилирубинемией
- в) метаболическим ацидозом
- г) увеличением мочевины

039. При острой почечной недостаточности основным для инфузионной терапии является раствор

- а) плазмы
- б) альбумина
- в) реополиглюкина
- г) глюкозы

040. При почечной коме нельзя вводить

- а) глюкозу
- б) белковые препараты
- в) реополиглюкин

041. Первичным пусковым механизмом формирования "синдрома малого выброса" при шоковом состоянии является

- а) сосудистый спазм
- б) сердечная недостаточность
- в) гиповолемия
- г) метаболический ацидоз

042. Причиной возникновения "шокового легкого" является

- а) повышение давления в малом круге кровообращения
- б) неадекватная спонтанная вентиляция легких
- в) гиперпродукция эндорфинов
- г) тромбоз мелких ветвей легочных сосудов

043. Нормальное артериальное давление при травматическом шоке у детей поддерживается в результате перечисленного, кроме

- а) перераспределения крови
- б) сосудистого спазма
- в) гиперфункции симпатического отдела ЦНС
- г) снижения температуры
- д) интенсификации работы сердца

044. При травматическом шоке в первую очередь необходимо

- а) применить гепарин
- б) применить фибринолизин
- в) начать инфузионную терапию
- г) согреть ребенка

045. Метаболический ацидоз при травматическом шоке купируется прежде всего путем

- а) проведения искусственной вентиляции легких
- б) проведения оксигенотерапии

- в) адекватного обезболивания
- г) ликвидации дефицита ОЦК

046. Устранить депрессию дыхания при передозировке барбитуратов можно с помощью

- а) промедола
- б) дроперидола
- в) бемегида
- г) ГОМКа

047. При отравлениях угарным газом методом выбора в лечении является

- а) заменное переливание крови
- б) гипербарическая оксигенация
- в) ингаляция воздушно-кислородной смеси
- г) гемосорбция

048. Дозирование общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии осуществляется с учетом

- а) состояния и функции органов кровообращения
- б) наличия патологических потерь воды и ионов из организма
- в) состояния функций систем выделения, кровообращения, физиологических потребностей наличия дефицита и патологических потерь воды
- г) физиологических потребностей организма в воде
- д) всего перечисленного

049. Какой показатель наименее информативен для оценки эффективности противошоковой терапии?

- а) нормализация артериального давления
- б) устранение тахикардии
- в) нормальный уровень центрального венозного давления
- г) ликвидация метаболического ацидоза
- д) нормализация диуреза

050. Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается

- а) в регулярном взвешивании ребенка
- б) в измерении почасового диуреза
- в) в сборе суточной мочи
- г) в определении величины гематокрита

051. О балансе воды позволяют судить исследования у ребенка

- а) уровня гемоглобина
- б) массы ребенка
- в) гематокрита
- г) всего перечисленного

052. При отравлении бледной поганкой развивается

- а) судорожный синдром
- б) отек легких
- в) острая почечная недостаточность
- г) острая печеночная недостаточность

053. Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет

- а) 15-30 мин
- б) 1-2 ч
- в) 5-6 ч
- г) 12-24 ч

054. При отравлении антропиноподобными веществами наблюдается

- а) саливация, бронхоспазмы, сужение зрачков
- б) угнетение сознания, сужение зрачков
- в) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
- г) тонико-клонические судороги

055. При большинстве острых отравлений у детей наиболее эффективно

- а) форсированный диурез
- б) заменное переливание крови
- в) перитонеальный диализ
- г) гемосорбция

056. Каким раствором целесообразнее проводить промывание желудка в первые часы после отравления кислотами?

- а) 4% раствором гидрокарбоната натрия
- б) 2% раствором окиси магния
- в) теплой водой

г) 0. 1% раствором марганцевокислого калия

057. Введение каких фармакологических средств наиболее оправдано при отравлении препаратами группы атропина?

- а) карбохолин
- б) физостигмин
- в) индерал, обзидан
- г) норадреналин, мезатон

058. Какие ядовитые растения при отравлении приводят к гиперемии кожных покровов, галлюцинации, расширению зрачков?

- а) ландыш майский
- б) дурман (белена)
- в) вех ядовитый
- г) горюх

059. Диагноз экзотоксической комы при отравлении подтверждается

- а) на основании ЭКГ
- б) уровнем ликворного давления
- в) данными токсикологических лабораторных исследований

060. Случайные отравления наиболее часто происходят от употребления ребенком

- а) лекарственных препаратов
- б) растительных ядов
- в) препаратов бытовой химии
- г) ядовитых грибов

061. При пероральном отравлении ребенку в первую очередь необходимо

- а) провести форсированный диурез
- б) ввести слабительное средство
- в) поставить сифонную клизму
- г) промыть желудок

062. У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует

- а) чистой водой
- б) раствором марганца
- в) раствором соды
- г) водой с добавлением активированного угля

063. У детей при отравлении для того, чтобы вызвать рвоту, нельзя пользоваться

- а) раствором поваренной соли
- б) водой
- в) апоморфином
- г) "ресторанным" способом

064. Отдифференцировать барбитуратовую кому от других коматозных состояний можно введением следующих препаратов

- а) налорфина
- б) бемегрида
- в) атропина

065. При гипертермии у детей следует начинать синдромную терапию с применения

- а) аминазина
- б) пипольфена
- в) дроперидола
- г) анальгина

066. У детей грудного возраста не рекомендуется применять в качестве жаропонижающего препарата

- а) анальгин
- б) амидопирин
- в) ацетилсалициловую кислоту
- г) парацетамол

067. Остановка сердца чаще всего происходит

- а) в диастоле
- б) в систоле

068. Жизнедеятельность мозга сохраняется при продолжительности клинической смерти в течение

- а) 3-4 мин
- б) 5-7 мин
- в) 10 мин и более

069. Реанимационные мероприятия при остановке сердца включают все перечисленное, кроме
- а) подачи сигнала тревоги
 - б) непрямого массажа сердца
 - в) укладывания пострадавшего на твердую поверхность
 - г) ИВЛ "рот в рот"
 - д) прикладывания холода на магистральные сосуды
070. К вариантам остановки сердца относятся все перечисленные, кроме
- а) синкопе
 - б) асистолии
 - в) фибрилляции желудочков
071. К вариантам массажа сердца не относится
- а) не прямой
 - б) прямой
 - в) электрокардиоверсия
072. Преимущества прямого массажа сердца заключаются во всем перечисленном, кроме
- а) возможности прямого наблюдения за сердцем
 - б) возможности точного введения лекарственных средств в сердце
 - в) непосредственного воздействия на сердечную мышцу
 - г) эффективности во всех случаях
073. Какова наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста?
- а) гнойный менингит
 - б) острое отравление
 - в) энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
 - г) эпилепсия
074. Судороги у детей раннего возраста чаще наблюдаются
- а) при эпилепсии
 - б) при опухоли мозга
 - в) при кровоизлиянии в мозг
 - г) при гипертермии
075. К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относятся
- а) введение седуксена
 - б) введение лазикса
 - в) введение преднизолона
076. На догоспитальном этапе, если судороги не купируются с помощью седуксена, следует ввести
- а) внутривенно барбитураты ультракороткого действия
 - б) внутривенно ГОМК
 - в) аминазин с пипольфеном
 - г) повторно седуксен
077. К наиболее информативным показателям гемодинамики, характеризующим тяжесть состояния, относятся все перечисленные, кроме
- а) артериального давления
 - б) минутного объема крови
 - в) ударного объема сердца
 - г) центрального венозного давления
078. Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются все перечисленные, кроме
- а) остановки сердца
 - б) отсутствия дыхания
 - в) отсутствия сознания
079. Применение лидокаина при проведении сердечно-легочной реанимации показано во всех случаях, кроме
- а) появления частой желудочковой экстрасистолии
 - б) желудочковой пароксизмальной тахикардии
 - в) блокады левой ножки пучка Гиса
080. При метаболическом ацидозе в организме ребенка происходит все перечисленное, кроме
- а) снижения эффекта адреналина
 - б) расширения капилляров
 - в) спазма капилляров
 - г) снижения сократительной способности миокарда
 - д) нарушения проницаемости капилляров

081. Препараты кальция
- а) повышают сократимость миокарда
 - б) суживают периферические сосуды
 - в) повышают температуру
 - г) снижают сократимость миокарда
082. Введение адреналина вызывает все перечисленные эффекты, кроме
- а) стимуляции α- и β-рецепторов
 - б) сужения периферических сосудов и повышения артериального давления
 - в) повышения сократимости миокарда
 - г) повышения температуры
083. Врачебная ошибка, часто совершаемая после оживления больного
- а) раннее прекращение искусственной вентиляции легких
 - б) применение сердечных гликозидов
 - в) применение больших доз гормонов
084. Спинальную пункцию в ранние сроки следует провести
- а) при длительном судорожном синдроме
 - б) при подозрении на эпилепсию
 - в) при подозрении на опухоль мозга
 - г) при подозрении на менингит
085. Тяжесть течения менингококцемии в результате действия эндотоксина проявляется
- а) в повреждении эндотелия сосудов
 - б) в снижении системного артериального давления
 - в) в развитии ДВС-синдрома
 - г) во всем перечисленном
086. При менингококцемии чаще всего отмечается
- а) низкое общее периферическое сопротивление
 - б) высокое общее периферическое сопротивление
 - в) низкое центральное венозное давление
 - г) высокое центральное венозное давление
087. При менингококцемии на догоспитальном этапе целесообразно вводить
- а) сердечные гликозиды, антибиотики, гормоны
 - б) мезатон, антибиотики, гормоны, гепарин
 - в) эуфиллин, антибиотики, антигистаминные препараты, гормоны
088. Осложнением непрямого массажа сердца может быть все перечисленное, кроме
- а) перелома ребер
 - б) перелома грудины
 - в) гемоторакса
 - г) пневмоторакса
089. К критериям неэффективности непрямого массажа сердца относятся все перечисленные, кроме
- а) отсутствия пульса
 - б) сужения зрачков
 - в) расширения зрачков
 - г) цианоза кожных покровов
090. При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать
- а) пульс на периферических сосудах
 - б) пульс на крупных артериях
 - в) сужение зрачков
 - г) улучшение цвета кожи и слизистых
 - д) восстановление работы сердца
091. Достоинством непрямого массажа сердца является все перечисленное, кроме
- а) общедоступности
 - б) возможности применения в любых случаях
 - в) эффективности во всех случаях
092. При внезапной остановке сердца необходимо вводить препараты
- а) в локтевую вену
 - б) в центральную вену
 - в) в сердце

093. К признакам фибрилляции относятся все перечисленные, кроме

- а) глухих тонов
- б) отсутствия тонов
- в) появления цианоза
- г) характерной кривой на ЭКГ

094. К видам дефибриляции относятся

- а) механическая
- б) фармакологическая
- в) электрическая
- г) все перечисленные

095. Для отека легких не характерно

- а) кашель с выделением пенистой розовой мокроты
- б) тахикардия
- в) отеки на ногах
- г) обилие влажных хрипов в легких

Раздел 8. Неонатология.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Желтухи у новорожденных. Дифференциальная диагностика.
2. Показания и техника кормления новорожденных через зонд. Методика постановки назогастального и желудочного зондов.
3. НЭК. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
4. Сепсис новорожденных. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
5. Шкалы, используемые для оценки состояния новорожденного.
6. Базовая помощь новорожденному в родильном зале.
7. РДС. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
8. ЗВУР. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
9. Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
10. Родовая травма. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
11. ВУИ (TORCH). Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
12. Пневмония новорожденных. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
13. Заболевания кожи инфекционной природы у новорожденных.
14. Заболевания кожи неинфекционной природы у новорожденных.
15. Расчет питания в периоде новорожденности. Виды вскармливания.
16. Пограничные состояния у новорожденных.
17. Рефлексы новорожденных.

18. Парентеральное питание. Показания к переводу на парентеральное питание. Расчет питания.
19. Уход за новорожденными и детьми грудного возраста с нарушенной терморегуляцией.
20. Неотложная помощь при кишечной колике.
21. Перинатальные поражения ЦНС. Классификация. Церебральная ишемия. Этиопатогнез. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
22. Неврологические синдромы перинатального поражения ЦНС, дифференциальная диагностика.
23. Группы риска новорожденных и тактика введения Синдром дыхательных расстройств у новорожденных
24. Основные принципы организации работы детских родильных домов.
25. Сердечно-легочная реанимация новорожденному ребенку.

Тестовый контроль:

001. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране?
 - а) уровень рождаемости
 - б) уровень смертности
 - в) количество врачей на душу населения
 - г) младенческая смертность
002. Укажите наиболее опасный источник вирусной инфекции в родильном доме
 - а) больные ОРВИ беременные или родильницы
 - б) больной ОРВИ персонал
 - в) больные дети в инкубационном периоде
 - г) больные дети со стертыми формами заболевания
003. Сколько времени можно хранить в холодильнике непастеризованное молоко, собранное у матерей в ночные часы?
 - а) не более 6 ч
 - б) не более 12 ч
 - в) не более 24 ч
 - г) не более 48 ч
004. От качества работы какого лечебного учреждения в основном зависит дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне?
 - а) родильного дома
 - б) отделения патологии новорожденных
 - в) женской консультации
 - г) отделения реанимации
005. Какой должна быть тактика в отношении больных новорожденных при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания?
 - а) перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение
 - б) оставить на месте, назначив лечение
 - в) немедленно перевести в соответствующий стационар
 - г) все ответы правильные
006. Какая температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома?
 - а) не ниже 20 С
 - б) не ниже 22-24 С
 - в) не ниже 24 С
 - г) не ниже 26 С
007. Какое отделение следует организовать в первую очередь, если нет возможности создать всю систему специализированной помощи новорожденным?
 - а) отделение выхаживания недоношенных детей
 - б) отделение патологии новорожденных
 - в) отделение для новорожденных с поражением ЦНС

г) отделение хирургии новорожденных

008. Какова основная эпидемиологическая локализация госпитальных штаммов стафилококка в организме человека?

- а) на коже
- б) на слизистой носоглотки
- в) в области промежности
- г) на слизистой носовых ходов

009. Каковы основные пути передачи внутрибольничной инфекции?

- а) через руки персонала
- б) через продукты питания
- в) через белье
- г) через предметы ухода

010. Какой период называют перинатальным?

- а) с момента рождения до 7 дня жизни
- б) с момента оплодотворения до родов
- в) с 28-й недели внутриутробного развития до 7 дня жизни
- г) с 28-й недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни

011. Какова основная причина смертности в перинатальном периоде?

- а) родовая травма
- б) асфиксия
- в) пороки сердца
- г) гемолитическая болезнь новорожденных

012. Показатель перинатальной смертности отражает

- а) качество акушерской помощи
- б) качество педиатрической помощи
- в) эффективность социально-демографической политики в целом
- г) все перечисленное

013. Показанием к переводу новорожденного ребенка из родильного дома в больницу является

- а) инфекционное заболевание
- б) тяжелая гипотрофия
- в) подозрение на наследственную патологию
- г) все перечисленное

014. Предвестниками эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре являются

- а) появление среди новорожденных заболеваний одной нозоформы
- б) возникновение случая инфекционного заболевания с тяжелым течением (сепсис, менингит и т. п.)
- в) групповые инфекционные заболевания (более чем у 3 детей одновременно)
- г) хотя бы один из перечисленных факторов

015. Обработка рук персонала в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей производится

- а) 0,5% раствором хлорамина
- б) туалетным мылом в проточной воде
- в) щеткой и туалетным мылом
- г) 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина

016. В течение первого года жизни недоношенный ребенок должен осматриваться невропатологом

- а) каждый месяц
- б) каждые 2-3 месяца
- в) каждые 4-5 месяца
- г) в возрасте 1 месяца, затем не реже 2 раз в год

017. Доношенность или недоношенность определяют

- а) продолжительностью беременности
- б) массой тела и ростом ребенка при рождении
- в) признаками, характеризующими зрелость ребенка
- г) совокупностью перечисленных показателей

018. Возбудителем групповых инфекционных заболеваний в закрытых детских коллективах чаще всего является

- а) вирус гриппа
- б) RS-вирус
- в) аденовирус
- г) энтеровирусы

019. 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

020. С какого месяца внутриутробного развития плод способен вырабатывать антитела при встрече с антигеном?

- а) с 3-4 месяцев
- б) с 5-6 месяцев
- в) с 7-8 месяцев
- г) с 9 месяца

021. Какое осложнение характерно для врожденной краснухи?

- а) хориоретинит
- б) катаракта
- в) миокардит
- г) геморрагический синдром

022. Какое осложнение характерно для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки В?

- а) хориоретинит
- б) катаракта
- в) миокардит
- г) геморрагический синдром

023. В каком сроке беременности наиболее опасно заболевание женщины краснухой?

- а) на 1-м месяце
- б) на 4-м месяце
- в) на 8-м месяце
- г) на любом сроке

024. При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит?

- а) при токсоплазмозе
- б) при микоплазмозе
- в) при хламидиозе
- г) при цитомегалии

025. Какой из перечисленных факторов оказывает наиболее неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода в первые 2 месяца беременности?

- а) повышенные физические нагрузки
- б) вирусные инфекции
- в) неправильное питание
- г) токсикоз 1-й половины беременности

026. К какой патологии чаще всего приводит влияние различных вредностей в первые 2 месяца беременности?

- а) к развитию дистрофических и некротических процессов
- б) к развитию воспалительных процессов
- в) к формированию пороков развития
- г) к патологии иммунной системы

027. Какой фактор в большей степени определяет клиническую картину при внутриутробных инфекциях?

- а) сроки внутриутробного поражения
- б) токсичность возбудителя
- в) путь проникновения инфекции
- г) состояния реактивности организма плода

028. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери 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

029. Изменения функционального состояния почек у беременной женщины заключаются

- а) в увеличении почечного кровотока и скорости гломерулярной фильтрации
- б) в уменьшении почечного кровотока и скорости гломерулярной фильтрации
- в) в увеличении клиренса эндогенного креатинина
- г) правильно а) и в)

030. Курение женщины во время беременности может привести к рождению

- а) недоношенного ребенка
- б) ребенка с внутриутробной гипотрофией
- в) ребенка, маленького к гестационному возрасту
- г) все перечисленное

031. Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение
- а) контакт матери с животными
 - б) повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
 - в) наличие в анамнезе самопроизвольных абортос после 5-го месяца беременности
 - г) все перечисленное
032. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть
- а) аспирационная пневмония
 - б) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
 - в) гнойный лептоменингит, остеомиелит
 - г) все перечисленные
033. Анемия у беременных чаще всего является
- а) гипопластической
 - б) железодефицитной
 - в) постгеморрагической
 - г) гемолитической
034. У женщин с диабетом беременных чаще всего рождаются дети
- а) с внутриутробной гипотрофией
 - б) с макросомией
 - в) маленькие к сроку
 - г) все ответы правильные
035. Беременной женщине не следует назначать гормональную терапию АКТГ, так как
- а) возможна антенатальная гибель плода
 - б) повышается риск внутриутробной инфекции
 - в) возможно развитие у плода феохромоцитомы
 - г) может произойти вирилизация плода женского пола
036. Главная опасность заболевания беременной женщины миксовирусными инфекциями (гриппом, свинкой, корью) заключается
- а) в увеличении риска самопроизвольного выкидыша и антенатальной гибели плода
 - б) в развитии синдрома задержки внутриутробного развития плода
 - в) в повышении вероятности формирования у плода врожденных пороков развития
 - г) в рождении ребенка с внутриутробной вирусной инфекцией
037. Какие из перечисленных антибиотиков можно назначить беременной женщине без риска для плода?
- а) цефалоспорины
 - б) аминогликозиды
 - в) тетрациклин
 - г) все перечисленные
038. Какие антикоагулянты можно применять в любом сроке беременности без риска для плода?
- а) неодикумарин
 - б) гепарин
 - в) натрия гидроцитрат
 - г) все перечисленные
039. 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
040. Наиболее характерными симптомами врожденного туберкулеза являются
- а) внутриутробная гипотрофия, желтуха, спленомегалия
 - б) гипертермия, папулезная сыпь, гепатомегалия, увеличение лимфатических узлов
 - в) врожденная катаракта, эритематозная сыпь, жидкий стул
 - г) лихорадка, везикулезная сыпь, менингит, асцит
041. Наличие симптомов гиперфункции щитовидной железы в раннем неонатальном периоде у детей от матерей с тиреотоксикозом связано
- а) с трансплацентарной передачей плоду тироксина
 - б) с трансплацентарной передачей плоду тиреотропного гормона
 - в) с трансплацентарной передачей плоду тиреостимулирующих иммуноглобулинов
 - г) все ответы правильные

042. Действие на новорожденного переданных ему трансплацентарно от матери с тиреотоксикозом тиреостимулирующих иммуноглобулинов может сохраняться в течение
- 1 месяца
 - 6 месяцев
 - 1 года
 - 2 лет
043. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь
- кожа и слизистые оболочки
 - кости
 - печень
 - центральная нервная система
044. Прием беременной женщиной тетрациклина может вызвать у плода
- поражение глаз
 - поражение скелета
 - поражение зачатков зубов
 - все перечисленное
045. Прием женщиной во время беременности допегита (метилдофа) вызывает у новорожденного
- повышение системного артериального давления
 - снижение системного артериального давления
 - нарушение сердечного ритма
 - ишемию миокарда
046. Введение беременной женщине пропранолола может вызвать у новорожденного
- брадикардию
 - угнетение дыхания
 - гипогликемию
 - все перечисленное
047. Кратковременная тяжелая внутриутробная гипоксия вызывает у плода
- брадикардию и артериальную гипертензию
 - брадикардию и артериальную гипотензию
 - тахикардию и артериальную гипертензию
 - тахикардию и артериальную гипотензию
048. В условиях внутриутробной гипоксии кровотоков через аранциев проток у плода
- не меняется
 - прекращается
 - увеличивается
 - уменьшается
049. Потребность плода в железе значительно возрастает
- с 12 недель
 - с 20 недель
 - с 28 недель
 - с 36 недель
050. В семье, где оба родителя больны хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик массой тела 2200 г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Выберите правильный диагноз
- микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия
 - эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия
 - алкогольный синдром плода, микроцефалия
 - все ответы правильные
051. Возникновению асфиксии в родах наиболее подвержены
- переношенные новорожденные
 - недоношенные новорожденные
 - новорожденные с задержкой внутриутробного развития
 - все перечисленные группы детей
052. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является
- субдуральное кровоизлияние
 - перивентрикулярное кровоизлияние
 - отек мозга
 - перивентрикулярная лейкомаляция
053. Какой из перечисленных препаратов, вводимых роженице, может снизить вариабельность сердечного ритма плода?

- а) атропин
- б) седуксен
- в) лидокаин
- г) все перечисленные

054. Причиной острой гипоксии плода в родах является

- а) артериальная гипотензия у матери
- б) сдавление пуповины
- в) избыточная сократительная активность матки
- г) все перечисленные

055. Противопоказанием к вскармливанию ребенка грудью является

- а) наличие у матери открытой формы туберкулеза
- б) нежелание матери кормить ребенка грудью
- в) подготовка ребенка к усыновлению
- г) все перечисленное

056. Какими факторами обеспечивается адекватность сердечного выброса

- а) венозным возвратом к сердцу
- б) сократительной способностью миокарда
- в) общим периферическим и легочным сосудистым сопротивлением
- г) всеми перечисленными факторами

057. Какие из перечисленных клеток крови способны вырабатывать антитела?

- а) макрофаги
- б) нейтрофилы
- в) Т-лимфоциты
- г) В-лимфоциты

058. Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей

- а) повышенная проницаемость капилляров
- б) сниженная функциональная активность тромбоцитов
- в) низкая активность факторов свертывания крови
- г) все перечисленные особенности

059. Когда происходит первый "перекрест крови" у недоношенных детей?

- а) на 4-й день жизни
- б) на 5-й день жизни
- в) на 6-й день жизни
- г) после 7-10 дня жизни

060. В каком возрасте полностью эпителизируется пупочная ранка в норме?

- 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

061. Иммуноглобулины какого класса не может вырабатывать в достаточном количестве организм новорожденного ребенка?

- а) IgA
- б) IgM
- в) IgG
- г) IgE

062. Какова потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании?

- а) 1. 5-2 г/кг в сутки
- б) 2. 25-3. 5 г/кг в сутки
- в) 3. 6-4 г/кг в сутки
- г) 4. 5-5 г/кг в сутки

063. Какова потребность в углеводах доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании?

- а) 4-6 г/кг в сутки
- б) 7-9 г/кг в сутки
- в) 10-12 г/кг в сутки
- г) 13-15 г/кг в сутки

064. Когда можно начинать купать здорового недоношенного ребенка?

- а) через 2 дня после рождения
- б) через 5 дней после рождения
- в) через 7 дней после рождения

г) через 10 дней после рождения

065. Какой вид вскармливания обеспечивает оптимальное интеллектуальное развитие ребенка?

- а) грудное
- б) искусственное неадаптированными смесями
- в) искусственное смесями, обогащенными минеральными веществами и витаминами
- г) смешанное

066. Какой сахар преобладает в углеводах грудного молока?

- а) сахароза
- б) мальтоза
- в) б-лактоза
- г) галактоза

067. Чем обусловлена возможность развития флегмоны новорожденных только в неонатальном периоде?

- а) высокой проницаемостью кожных покровов новорожденного
- б) особенностями строения сосудистой сети кожи и подкожной клетчатки
- в) особенностями иммунитета новорожденного
- г) особенностями центральной нервной системы новорожденного

068. Какой из факторов неспецифического иммунитета играет ведущую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры?

- а) интерферон
- б) лизоцим
- в) пропердин
- г) система комплемента

069. С чем связано падение гемоглобина на 1-м месяце жизни у здорового доношенного новорожденного ребенка?

- а) с естественным гемолизом эритроцитов
- б) с торможением функции костного мозга
- в) с активацией ретикуло-гистиоцитарной системы
- г) со всеми перечисленными факторами

070. Какие анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют возникновению срыгиваний?

- а) короткий пищевод
- б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка
- в) относительный гипертонус пилорического отдела желудка
- г) все перечисленные

071. Ведущим физиологическим механизмом очищения дыхательных путей у новорожденных является

- а) кашель
- б) чиханье
- в) "пассивный" транспорт содержимого верхних дыхательных путей мерцательным эпителием
- г) все перечисленные

072. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного?

- а) 10-15 в минуту
- б) 20-30 в минуту
- в) 40-60 в минуту
- г) 70-80 в минуту

073. Неощутимые потери жидкости у новорожденного ребенка существенно возрастают

- а) при повышении температуры окружающей среды
- б) при использовании источников лучистого тепла
- в) при проведении фототерапии
- г) при всех перечисленных случаях

074. В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне

- а) желудка
- б) верхних отделов тонкой кишки
- в) тощей кишки
- г) толстой кишки

075. Через какое время после введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула, везикула или пустула?

- а) через 1 неделю
- б) через 2-3 недели
- в) через 4-6 недель
- г) через 2-3 месяца

076. Какие причины наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом
- асфиксия и родовая травма
 - пороки развития ЦНС
 - гипогликемия и гипокальциемия
 - гипербилирубинемия
077. Укажите поздние симптомы гипотиреоза
- отставание в психомоторном развитии
 - сухость кожи, склонность к запорам, затянувшаяся желтуха
 - отеки, грудной голос, низкий рост волос
 - все перечисленные
078. Какие симптомы характерны для новорожденных от матерей с сахарным диабетом?
- гипогликемия
 - гипокальциемия
 - гипербилирубинемия
 - все перечисленные
079. Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде?
- гипотермия, ацидоз, гиперкапния
 - специфические внутриутробные инфекции
 - прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
 - все перечисленные
080. Какое осложнение является самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных?
- анемия
 - поражение печени
 - поражение ЦНС
 - сердечная недостаточность
081. Какая причина анемии при рождении встречается чаще других?
- кровопотеря или гемолиз
 - наследственный микросфероцитоз
 - дефицит эритроцитных ферментов
 - наследственная гипопластическая анемия
082. К наиболее частым причинам миокардита у новорожденных детей относятся инфекции, вызванные
- вирусом Коксаки
 - стафилококком
 - стрептококком
 - клебсиеллой
083. Назовите показания к назначению гидрокортизона у новорожденных с сепсисом
- наличие инфекционного токсикоза
 - развитие септического шока
 - развитие ДВС-синдрома
 - все перечисленные
084. При каком заболевании в копрограмме обнаруживается большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами?
- при лактазной недостаточности
 - при муковисцидозе
 - при экссудативной энтеропатии
 - все ответы правильные
085. Какой ферментный препарат является предметом выбора при лечении муковисцидоза?
- абомин
 - трифермент
 - панкреатин
 - ораз
086. Какие микробные штаммы из перечисленных наиболее значимы для возникновения кишечных инфекций у доношенных новорожденных?
- эндогенная флора
 - материнская флора
 - госпитальные штаммы
 - все в равной степени
087. Какие возбудители вызывают наиболее тяжелые формы кишечных инфекций у новорожденных?

- а) грам-положительные бактерии
- б) грам-отрицательные бактерии
- в) вирусы
- г) все в одинаковой степени

088. Назовите основной признак кишечной инфекции при проведении дифференциального диагноза с неинфекционной диареей

- а) кратность и характер стула
- б) эксикоз и дистрофия
- в) острое начало, инфекционный токсикоз, симптомы энтероколита
- г) зависимость кишечного синдрома от вскармливания

089. Назовите характерные признаки ферментопатий

- а) связь дисфункции кишечника с характером питания
- б) специфический характер стула и отсутствие признаков воспаления в копрограмме
- в) удовлетворительный аппетит и недостаточная прибавка массы тела
- г) все ответы правильные

090. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения?

- а) дефект межжелудочковой перегородки
- б) тетрада Фалло
- в) транспозиция магистральных сосудов
- г) открытый артериальный проток

091. Какой этиологический фактор омфалита затрудняет оценку состояния пупочной ранки?

- а) грам-положительная флора
- б) грам-отрицательная флора
- в) ассоциированная флора
- г) все перечисленные

092. Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе?

- а) сенсibilизацией организма ребенка
- б) развитием ангиитов и тромбоваскулитов
- в) нерациональной антибактериальной терапией
- г) повышенной ломкостью сосудов

093. Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса

- а) множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- б) нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза
- в) тяжелое поражение ЦНС
- г) выраженный кишечный синдром

094. Какая локализация очага остеомиелита наиболее характерна для грам-отрицательной флоры?

- а) эпифизы трубчатых костей
- б) метафизы трубчатых костей
- в) нижняя челюсть
- г) все перечисленные

095. Какое течение свойственно остеомиелиту грам-отрицательной этиологии?

- а) острое, с отчетливо выраженным артритом
- б) молниеносное
- в) вялотекущее, без отчетливо выраженного артрита и с неякими рентгенологическими признаками
- г) все варианты встречаются одинаково часто

096. При какой этиологии сепсиса наиболее выражены изменения в лейкоцитарной формуле крови?

- а) грам-отрицательной
- б) грам-положительной
- в) грибковой
- г) зависимость от возбудителя отсутствует

097. При каком ведущем септическом очаге электролитные нарушения наиболее выражены?

- а) при флегмоне
- б) при энтероколите
- в) при деструктивной пневмонии
- г) при гнойном менингите

098. Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей

- а) наличие множества гнойных очагов
- б) тяжелая сердечная недостаточность
- в) гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства

- г) нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК
109. На какой срок дается медотвод от профилактических прививок после перенесенного сепсиса?
- а) на 1 месяц
 - б) на 3 месяца
 - в) на 6 месяцев
 - г) на 1 год
100. Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток?
- а) родовую травму ЦНС
 - б) порок развития головного мозга
 - в) метаболические нарушения
 - г) гнойный менингит
101. Назовите основное отличие поражения ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза
- а) симптомы поражения с возрастом уменьшаются
 - б) симптомы поражения с возрастом нарастают
 - в) симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения
 - г) симптомы поражения носят неспецифический характер
102. Какой отдел сердца чаще всего поражается при фиброэластозе?
- а) левый желудочек
 - б) левое предсердие
 - в) правый желудочек
 - г) правое предсердие
103. Какие мероприятия показаны при спастических запорах у новорожденных детей?
- а) дробное щелочное питье
 - б) сухое тепло на живот
 - в) исключение из питания кислых смесей
 - г) все ответы правильные
104. Какие мероприятия показаны при атонических запорах у новорожденных детей?
- а) раннее введение соков
 - б) назначение кислых смесей
 - в) массаж живота
 - г) все ответы правильные
105. Какой симптом является патогномоничным для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки?
- а) рвота с рождения
 - б) гинекомастия
 - в) вирильные наружные гениталии с пигментацией
 - г) мраморный рисунок кожи
106. Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей
- а) пемфигус
 - б) везикулопустулез
 - в) болезнь Риттера
 - г) псевдофурункулез
107. Какой вариант нарушений КОС характерен для криза надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме?
- а) метаболический ацидоз
 - б) метаболический алкалоз
 - в) дыхательный ацидоз
 - г) дыхательный алкалоз
108. Существуют ли абсолютные лабораторные признаки сепсиса?
- а) да
 - б) нет
 - в) в некоторых случаях
 - г) только при обнаружении возбудителя в крови
109. Возможно ли развитие сепсиса без первичного гнойного очага?
- а) невозможно
 - б) возможно при abortивном течении сепсиса
 - в) возможно в случае септицемии

г) правильно б) и в)

110. Какой метод консервативной терапии наиболее эффективен при лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных детей?

- а) фитотерапия
- б) лечение фенобарбиталом
- в) инфузионная терапия
- г) комбинация перечисленных методов

111. Укажите место размножения микроорганизмов при септицемии

- а) лимфатические сосуды
- б) кровь
- в) первичный воспалительный очаг
- г) все ответы правильные

112. Какая патология желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречается у новорожденных, перенесших асфиксию в родах?

- а) пилороспазм
- б) ахалазия пищевода
- в) высокая кишечная непроходимость
- г) некротизирующий энтероколит

113. Какие изменения системы крови возможны у новорожденных, перенесших асфиксию в родах?

- а) полицитемия
- б) лейкоцитоз
- в) тромбоцитопения
- г) все ответы правильные

114. Какова потребность в жирах доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании?

- а) 2-3 г/кг в сутки
- б) 4-6 г/кг в сутки
- в) 7-8 г/кг в сутки
- г) 9-10 г/кг в сутки

115. При каком виде вскармливания наиболее рано проявляются признаки врожденного гипотиреоза?

- а) грудном
- б) раннем искусственном
- в) смешанном
- г) правильно а) и в)

116. Какое заболевание чаще всего вызывает рино-синцитиальная инфекция?

- а) острый ринит
- б) бронхиолит
- в) пневмонию
- г) вирусную диарею

117. Какое респираторное вирусное заболевание сопровождается экзантемой?

- а) грипп
- б) аденовирусная инфекция
- в) энтеровирусная инфекция
- г) РС-инфекция

118. Какие осложнения чаще вызывает энтеровирусная инфекция?

- а) серозный менингит и миокардит
- б) пневмонию
- в) отит-антрит
- г) пиелонефрит

119. Укажите причину вторичного рецидивирующего омфалита

- а) фингус пупочной ранки
- б) неполный инфицированный свищ пупка
- в) флегмона пупка
- г) "кожный пупок"

120. Укажите наиболее частую локализацию гнойного очага при пупочном сепсисе

- а) пупочная ранка
- б) околопупочная область
- в) пупочные сосуды
- г) передняя брюшная стенка

121. Показано ли введение консервированной крови с целью стимуляции иммунитета?
а) да
б) нет
в) только при наличии в консервированной крови высокого титра бактериальных антител
г) только при условии предварительной иммунизации донора
122. Что определяет успех в лечении сепсиса у новорожденных детей?
а) комплексная терапия с момента госпитализации ребенка
б) противошоковая терапия
в) своевременное заменное переливание крови
г) ранняя диагностика, идентификация возбудителя и его чувствительности к антибиотикам
123. До какого возраста происходит снижение гемоглобина при гемолитической болезни новорожденных
а) до 2 недель жизни
б) до 1 месяца
в) до 1.5 месяцев
г) до 2 месяцев
124. Назовите факторы риска развития дисбактериоза кишечника
а) заболевания бактериальной и вирусной этиологии в анамнезе
б) нарушения питания
в) применение химиопрепаратов, антибиотиков и гормональной терапии
г) все перечисленные
125. Назовите факторы риска развития дисбактериоза
а) заболевания бактериальной этиологии в анамнезе
б) нарушения питания
в) применение химиопрепаратов, антибиотиков
г) все перечисленные
126. В каких случаях синдром обезвоживания может сопровождаться шоком?
а) при длительном сохранении обезвоживания
б) при быстром развитии обезвоживания
в) при второй и третьей степени обезвоживания
г) все ответы правильные
127. О чем свидетельствует появление у ребенка мочи цвета малинового сиропа?
а) о макрогематурии
б) о гемоглобинурии
в) о билирубинемии
г) о мочекишлом инфаркте
128. О каком заболевании свидетельствует множественный гемангиоматоз со склонностью к кровотечениям при нормальном количестве тромбоцитов в крови?
а) о синдроме Вискотта - Олдрича
б) о тромбоцитопенической пурпуре
в) о синдроме Рендю - Ослера
г) о синдроме Казабаха - Мерритта
129. Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении?
а) сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
б) макроглоссия, низкий голос, брадикардия
в) затянущаяся желтуха
г) специфических симптомов при рождении нет
130. Показана ли антибактериальная терапия новорожденному с ограниченной формой везикулопустулеза?
а) не показана
б) показана при сочетании везикулопустулеза с гипотрофией
в) показана при сочетании везикулопустулеза с желтухой
г) показана во всех случаях
131. Укажите характер стула при дисахаридазной недостаточности
а) гомогенный, желтый, со слизью
б) жидкий, жирный, зловонный
в) водянистый, кислый, трескучий
г) обильный, замазкообразный, ахоличный
132. Полная транспозиция магистральных сосудов характеризуется
а) диффузным цианозом
б) одышкой

- в) грубым систолическим шумом в сердце
- г) тахикардией

133. Тугое пеленание может вызвать у новорожденного ребенка

- а) апноэ
- б) гиповентиляцию
- в) гипервентиляцию
- г) все перечисленное

134. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться

- а) при врожденной краснухе
- б) при врожденной цитомегалии
- в) при врожденной герпетической инфекции
- г) при всех перечисленных случаях

135. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться

- а) при гемангиоматозе
- б) при внутриутробных инфекциях
- в) при ДВС-синдроме
- г) при всех перечисленных заболеваниях

136. Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка?

- а) одышка
- б) тремор конечностей
- в) тахикардия
- г) апноэ

137. Какие изменения метаболизма могут возникнуть у новорожденного ребенка при холодном стрессе?

- а) истощение энергетических ресурсов
- б) увеличение потребления кислорода
- в) метаболический ацидоз
- г) все перечисленное

138. Какая из перечисленных причин чаще других вызывает судорожный синдром у недоношенных детей?

- а) внутричерепная родовая травма
- б) асфиксия
- в) пренатальное поражение ЦНС
- г) обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)

139. Чем отличается клиника дыхательной недостаточности при ядерной желтухе от пневмонии?

- а) ничем не отличается
- б) наличием влажных хрипов в легких
- в) выраженной одышкой
- г) резким угнетением дыхательного центра (брадипноэ)

140. Какой показатель определяет метод вскармливания недоношенного ребенка?

- а) гестационный возраст
- б) масса тела при рождении
- в) функциональная зрелость и общее состояние ребенка
- г) постнатальный возраст

141. На какой вес следует рассчитывать питание недоношенному ребенку с внутриутробной гипотрофией, если толерантность его к пище неизвестна?

- а) на фактический вес
- б) на долженствующий вес
- в) на вес при рождении
- г) все ответы правильные

142. Какие изменения кислотно-основного состояния могут наблюдаться у новорожденного ребенка при охлаждении до 32 С?

- а) дыхательный ацидоз
- б) дыхательный алкалоз
- в) метаболический ацидоз
- г) метаболический алкалоз

143. Какое из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных?

- а) флегмона
- б) остеомиелит
- в) пемфигус
- г) рожистое воспаление

144. Какие изменения в периферической крови наиболее характерны для недоношенного ребенка с развернутой картиной внутриутробного сепсиса?
- а) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
 - б) лимфоцитоз
 - в) моноцитоз
 - г) все ответы правильные
145. Какие факторы способствуют развитию билирубиновой энцефалопатии?
- а) гипоксия
 - б) ацидоз
 - в) гипогликемия
 - г) все перечисленные
146. В каком возрасте удваивают массу тела при рождении дети с 3-й степенью недоношенности?
- а) 2 месяца
 - б) 2. 5-3 месяца
 - в) 4 месяца
 - г) 5 месяцев
147. Какая причина чаще других приводит к смерти недоношенных детей в перинатальном периоде?
- а) слабость родовых сил
 - б) быстрые роды
 - в) преждевременная отслойка плаценты
 - г) токсикоз 2-й половины беременности
148. Какова наиболее частая причина поражения ЦНС у недоношенных новорожденных?
- а) пренатальная патология
 - б) родовая травма
 - в) обменные нарушения
 - г) внутриутробная инфекция
149. Какова суточная потребность в жидкости у недоношенных детей после 10-го дня жизни, включая питание?
- а) 50 мл/кг
 - б) 80 мл/кг
 - в) 100 мл/кг
 - г) 150-200 мл/кг
150. Какие из перечисленных причин наиболее часто вызывают гибель недоношенных детей в раннем неонатальном периоде?
- а) родовая травма
 - б) асфиксия и пневмопатии
 - в) инфекции
 - г) врожденные пороки развития
151. Какие пневмонии встречаются чаще у недоношенных детей?
- а) ранние бактериальные
 - б) вирусно-бактериальные
 - в) аспирационные
 - г) абсцедирующие
152. Какое самое частое осложнение пневмонии у недоношенных детей
- а) абсцедирование
 - б) плеврит
 - в) сердечная недостаточность
 - г) менингит
153. Каким способом предпочтительнее рассчитывать объем питания недоношенным детям?
- а) объемным
 - б) калорийным
 - в) по формуле Финкельштейна
154. Какой промежуток между кормлениями является оптимальным для недоношенных детей?
- а) 2 часа
 - б) 2. 5 часа
 - в) 3 часа
 - г) 3. 5 часа
155. Какие признаки являются прогностически неблагоприятными для нормального психомоторного развития недоношенного ребенка?

- а) судорожный синдром
- б) стойкая мышечная гипертония или гипотония
- в) выраженный синдром угнетения ЦНС
- г) все перечисленные

156. В каком возрасте можно начинать давать желток недоношенному ребенку?

- а) в возрасте 2 недель
- б) в возрасте 3 недель
- в) в возрасте 1 месяца
- г) в возрасте 3 месяцев

157. Когда следует начинать профилактику билирубиновой энцефалопатии при конъюгационной желтухе у недоношенных детей из группы высокого риска?

- а) с первого дня жизни
- б) со второго дня жизни
- в) на высоте желтухи
- г) в любом сроке при появлении признаков билирубиновой интоксикации

158. Среди локальных гнойных заболеваний у недоношенных детей чаще всего встречается

- а) везикулопустулез
- б) флегмона
- в) омфалит
- г) пиелонефрит

159. Для недоношенных новорожденных с внутриутробной гипотрофией характерна

- а) гипогликемия
- б) гипокалиемия
- в) гипонатриемия
- г) гипермагниемия

160. Какой тип анемии наиболее часто встречается у недоношенных детей с массой тела менее 1500 г в первые три недели жизни?

- а) железодефицитная
- б) витамин Е-дефицитная
- в) белководефицитная
- г) витамин В12-дефицитная

161. По раннему развитию железодефицитной анемии наиболее угрожаемы недоношенные дети

- а) перенесшие после рождения тяжелые инфекции
- б) с внутриутробной гипотрофией
- в) незрелые к гестационному возрасту
- г) с общим отечным синдромом

162. Заместительная гемотрансфузия недоношенным детям с железодефицитной анемией показана при уровне гемоглобина

- а) 150 г/л
- б) 100 г/л
- в) 90 г/л
- г) 70 г/л

163. Самым частым метастатическим очагом при септикопиемической форме сепсиса у недоношенных детей является

- а) флегмона
- б) деструктивная пневмония
- в) перитонит
- г) менингит

164. Гнойный менингит у недоношенных новорожденных чаще всего развивается на фоне

- а) субарахноидального кровоизлияния
- б) паренхиматозного кровоизлияния
- в) внутриутробной гипотрофии
- г) незрелости

165. Самой частой причиной развития некротизирующего энтероколита у недоношенных детей является

- а) асфиксия в родах
- б) нарушение колонизационной резистентности кишечника
- в) вирусная инфекция
- г) бактериальная инфекция

166. Проведение фототерапии недоношенным детям может осложняться

- а) появлением жидкого стула с примесью зелени

- б) синдромом сгущения желчи
- в) развитием гемолитической анемии
- г) присоединением инфекции

167. Гипертермия у недоношенных детей чаще наблюдается

- а) при пневмонии
- б) при сепсисе
- в) при энтероколите
- г) при менингите

168. Какой тип пневмонии встречается чаще у недоношенных детей?

- а) мелкоочаговая
- б) интерстициальная
- в) крупноочаговая
- г) сливная

169. Входными воротами инфекции при сепсисе у недоношенных детей чаще всего является

- а) кишечник
- б) легкие
- в) пупочная ранка
- г) мацерированная кожа

170. Длительная ингаляция 100% кислорода может вызвать у недоношенного ребенка

- а) развитие ретролентальной фиброплазии
- б) снижение растяжимости легких
- в) появление судорог
- г) все перечисленное

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-Г | 002-Б | 003-Б | 004-В | 005-В | 006-Б | 007-Б |
| 008-Б | 009-А | 010-В | 011-Б | 012-Г | 013-Г | 014-Г |
| 015-Г | 016-Г | 017-Г | 018-В | 019-Г | 020-Б | 021-Б |
| 022-В | 023-А | 024-В | 025-Б | 026-В | 027-А | 028-Б |
| 029-Г | 030-Г | 031-Г | 032-Г | 033-Б | 034-Б | 035-Г |
| 036-А | 037-А | 038-Б | 039-А | 040-Б | 041-В | 042-В |
| 043-В | 044-Г | 045-Б | 046-Г | 047-А | 048-В | 049-В |
| 050-В | 051-Г | 052-В | 053-Г | 054-Г | 055-Г | 056-Г |
| 057-Г | 058-Г | 059-Г | 060-Б | 061-В | 062-Б | 063-Г |
| 064-В | 065-А | 066-В | 067-Б | 068-Б | 069-А | 070-Г |
| 071-Б | 072-В | 073-Г | 074-Б | 075-В | 076-В | 077-Г |
| 078-Г | 079-Г | 080-В | 081-А | 082-А | 083-Б | 084-Б |
| 085-В | 086-В | 087-Б | 088-В | 089-Г | 090-В | 091-Б |
| 092-Б | 093-Б | 094-Б | 095-В | 096-Б | 097-Б | 098-Г |
| 099-Г | 100-Г | 101-Б | 102-А | 103-Г | 104-Г | 105-В |
| 106-Б | 107-А | 108-Б | 109-А | 110-Г | 111-В | 112-Г |
| 113-Г | 114-Б | 115-Б | 116-Б | 117-Б | 118-А | 119-Б |
| 120-В | 121-Б | 122-Г | 123-Г | 124-Г | 125-Г | 126-Б |
| 127-Б | 128-В | 129-Г | 130-А | 131-В | 132-А | 133-Б |
| 134-Г | 135-Г | 136-Г | 137-Г | 138-Г | 139-Г | 140-В |
| 141-А | 142-В | 143-Б | 144-А | 145-Г | 146-Б | 147-В |
| 148-А | 149-Г | 150-Б | 151-А | 152-В | 153-Б | 154-В |
| 155-Г | 156-Г | 157-А | 158-В | 159-А | 160-Б | 161-А |
| 162-Г | 163-Г | 164-А | 165-А | 166-А | 167-Г | 168-А |
| 169-В | 170-А | | | | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Мальчик М., 6 дней, от 1-ой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-ой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родблоке, сосал активно. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 4-е сутки составила 3000 г.

При осмотре на 6-ой день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активен, масса тела 3060 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус

удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота.– крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: Нб - 190 г/л, Эр - $5,7 \times 10^{12}/л$, Ц.п - 0,95, Лейк $6,7 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 43%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры – нет, соли - кристаллы мочевой кислоты

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин: непрямо́й - 51 мкмоль/л, прямо́й – нет; мочеви́на = 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий - 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. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
5. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
8. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
9. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
10. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
11. Как следует кормить этого ребенка?
12. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?

ЗАДАЧА 2

Мальчик М., 5-ти дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-ой половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родблоке, сосал хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 5-ый день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови матери А(II) Rh-положительная

Группа крови ребенка О(I) Rh-положительная

Общий анализ крови: Нв - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п - 0,94, Лейк $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры – нет,

Биохимический анализ крови на 4-ый день жизни: общий белок - 52,4 г/л; билирубин: не прямой - 140 мкмоль/л, прямой – нет; мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
8. Каков генез желтухи в данном случае и требует ли она лечения?
9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
10. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?
11. Как кормить этого ребенка?
12. Каков прогноз у этого ребенка?

ЗАДАЧА 3

Ребенок Г., 1-х суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови. 1-ая беременность была 1,5 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность 2-ая, протекала с токсикозом в 1-ом триместре, в 3-ем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-ый период – 6 часов 30 минут, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до + 3 см и селезенки до + 1,5 см.

Билирубин пуповинной крови составил 90 мкмоль/л;

Нв периферической крови, определенный по cito, 120 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Каков патогенез настоящего заболевания?

6. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
7. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
8. Назначьте и обоснуйте лечение.
9. Как должен вскармливаться этот ребенок?
10. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
11. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
12. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?

ЗАДАЧА 4

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц. п - 0,99, Лейк $9,4 \times 10^9/л$, нейтрофилы: п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: не прямой - 160 мкмоль/л, прямой – нет

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза и каковы ожидаемые результаты?
3. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Как следует кормить этого ребенка?
6. Назначьте лечение.
7. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?
8. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
9. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?
10. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

ЗАДАЧА 5

Девочка В., 5 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе

гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка: А(II) Rh-положительная.

Общий анализ крови на 4 сутки жизни: Hb - 155 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 6%, Ц.п - 0,99, Лейк - $12,0 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с/я - 49%, э - 1%, л - 36%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 54.8 г/л, билирубин: непрямой - 328 мкмоль/л, прямой - 34 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7,0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 71 Ед/л, ЩФ - 350 Ед/л (N - 70-140).

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови.
6. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
7. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?
8. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденных.
9. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
10. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?
11. Назначьте лечение.
12. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?

ЗАДАЧА 6

Мальчик Д., 3-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. Роды на 38 неделе. 1-ый период 15 часов, 2-ой - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен сразу. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был

введен викасол 1% – 0,3 мл., внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричные в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, дистоничный мышечный тонус, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты - $310,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты

Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут

Коагулограмма:

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| каолиновое время | 100" (норма – 40-60") |
| АЧТВ | 90" (норма – 40-60") |
| протромбиновое время по Квику | 16" (норма – 12-15") |
| тромбиновое время | 30" (норма – 28-32") |
| протромбиновый комплекс | 25% |

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой – нет; мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 Ед/л, АЛТ - 42 Ед/л.

Нейросонограмма: Рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз у этого ребенка?
13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

ЗАДАЧА 7

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период -

10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение: 1% раствор викасола 1 мг/кг/сут. На 5-е сутки жизни для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые с мраморным рисунком. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе – окружность головы 37 см, большой родничок 2х2 см. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической походки, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр - $6,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,97, Лейк - $8,2 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямо́й - 98 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,05 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этому больному рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли данный больной в консультации хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер.
8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС?
9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
10. Какие осложнения возможны?
11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства?
12. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?

ЗАДАЧА 8

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды своевременные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней

неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Слизистые розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Нв - 180 г/л, Эр - $5,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,99, тромб - $270 \times 10^9/л$, Лейк - $17,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие грамположительные микроорганизмы Вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Опишите анатомо-физиологические особенности кожи новорожденного ребенка.
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Возможные исходы и прогноз.
11. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
12. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?

ЗАДАЧА 9

Ребенок С., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: гнойный омфалит, церебральная ишемия II степени, синдром угнетения ЦНС, недоношенность 36-37 недель.

Из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая и третья – самопроизвольными выкидышами. Роды II, преждевременные на 36-37 неделе гестации путем операции кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности. Безводный промежуток составил 13 часов. Масса тела при рождении 2600 г, длина тела 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-ый день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 250 г, далее весовая кривая была

плоской. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое. Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица - страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки – скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Дыхание поверхностное, периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в одну минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 176 в одну минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка – на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Диурез снижен. В неврологическом статусе – арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: Hb - 140 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб – $90,0 \times 10^9/л$, Лейк – $4,7 \times 10^9/л$, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 6%, п/я - 10%, с/я - 12%, л - 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок – 990 ммоль/л, реакция Панди - +++++, цитоз – 5960 в 3 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты – 18%.

Биохимический анализ крови: CRP – 6,4 мг/л

Уровень прокальцитонина в сыворотке: 2,8 нг/мл.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
6. Какая этиология с большей вероятностью могла быть причиной данного заболевания?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты исследования ликвора.
9. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
10. Назначьте лечение данному больному.
11. Какие исходы заболевания возможны?
12. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.

ЗАДАЧА 10

Девочка П., родилась от женщины 35 лет, страдающей синдромом вегетативной дистонии по гипертоническому типу. От II беременности, протекавшей с анемией и гестоз средней степени тяжести в третьем триместре. От вторых родов на 42 неделе гестации. Во время родов отмечалась вторичная слабость родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период родов – 15 часов, 2-й – 45 минут, безводный промежуток – 12 часов, околоплодные воды мекониальные. Плацента с множественными

петрификатами. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни – 3 балла.

После проведенной первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, крик слабый, обильно срыгивает околоплодными водами. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки, ЧД до 80 в I мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева – звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 168 ударов в I мин. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 42 мм рт.ст., pCO_2 – 78 мм.рт.ст., pH – 7,18, BE = -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы.
3. Каков патогенез этого заболевания?
4. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
5. Проведите дифференциальный диагноз?
6. Какова тактика неонатолога в ходе первичной реанимации?
7. Какими должны быть лечебные мероприятия по окончании первичной реанимации?
8. Какие показания к ИВЛ Вы можете назвать и есть ли они в данном случае?
9. Какие осложнения возможны при проведении ИВЛ?
10. Чем может осложниться данное заболевание и почему?
11. Как следует проводить профилактические прививки ребенку при благоприятном исходе?

ЗАДАЧА 11

Мальчик А. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Беременность вторая, протекала с обострением пиелонефрита в третьем триместре. Роды своевременные, 1-й период - 15 часов, 2-й - 35 минут, безводный промежуток – 9 часов. Околоплодные воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре - снижение двигательной активности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком и мраморным рисунком, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника. Дыхание поверхностное, 75-83 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно - дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 170 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: снижение двигательной активности, мышечная гипотония, физиологические рефлексы новорожденных снижены.

Общий анализ крови: Нб-180 г/л, эр- $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, тромбоциты - $208,0 \times 10^9$ /л, лейкоц - $23,1 \times 10^9$ /л, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4%, п/я - 13%, с - 50%, э - 5%, л - 11%, м - 15%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 55 мм.рт.ст., pCO_2 - 70 мм.рт.ст., pH - 7,21, BE - -14 ммоль/л, АВ - 9 ммоль/л, SB - 8 ммоль/л, ВВ - 19 ммоль/л.

Иммуноглобулины: IgG- 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM- 80 мг% (норма 0).

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
3. Перечислите факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
4. Оцените соотношение частоты дыхания и пульса у новорожденного ребенка?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?
7. Назначьте лечение.
8. Перечислите показания к проведению инфузионной терапии
9. Нуждается ли ребенок в иммунокорригирующей терапии?
10. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
11. Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении пневмонии?

ЗАДАЧА 12

Ребенок К., 12 дней, от первой нормально протекавшей беременности, от первых своевременных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома на 5-ые сутки жизни. Дома имел контакт с больным ОРВИ.

В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до $37,4^{\circ}C$. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через 2 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до $38^{\circ}C$, стал беспокойным, отказывался от груди, начал срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, кашель. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, не обильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка – до 75 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС – 170 в минуту. Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка не

пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: Нв-174 г/л, эр- $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, тромбоциты - $268,0 \times 10^9$ /л, лейкоц - $9,4 \times 10^9$ /л, п/я -10%, с -61%, э -1%, л -19%, м -9%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 60 мм.рт.ст., рСО₂ - 72 мм.рт.ст., рН - 7,3, ВЕ = -8 ммоль/л, АВ - 14 ммоль/л, SB - 12 ммоль/л, ВВ - 29 ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: латеральные отделы легких повышенной прозрачности. На уровне III межреберья справа (по передним отделам легких) определяется участок затемнения легочной ткани инфильтративного характера. Элементы корней на фоне сердечной тени не дифференцируются. Синусы свободны. Срединная тень без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назовите основные звенья патогенеза данного заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Перечислите основные группы муколитических препаратов, используемых у новорожденных.
7. Какими клиническими симптомами характеризуется острая фаза воспаления?
8. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3-х месяцев?
9. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.
10. В чем заключается особенность действия метода УВЧ?

ЗАДАЧА 13

Девочка 14 дней, находится в стационаре.

Из анамнеза: родилась у женщины 27-ми лет, работающей на мясокомбинате. Беременность I, протекавшая с токсикозом в первом триместре и гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась.

Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 часов, II период – 45 минут, безводный промежуток – 8 часов, околоплодные воды с зеленоватым оттенком.

Оценка по шкале Апгар: на 1' - 4 балла, на 5' – 6 баллов. Масса при рождении 2450 г., длина 46 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4 сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

При осмотре в стационаре: состояние ребенка тяжелое. Вес 2100 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, подкожная клетчатка истончена. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 44 в 1 мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 140 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпаторно печень выступает из-под реберного края до 3 см, селезенка до 1 см. Поза в кровати с запрокинутой головой. Голова гидроцефальной формы, окружность головы - 36 см, швы открыты, б.р. 4x4 см, «выполнен». Мышечный тонус с преобладанием тонуса

разгибателей. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального - вялые.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная; белок – 990 ммоль/л; цитоз – 320 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:640, у матери 1:200

НСГ: рисунок борозд и извилин визуализируется не четко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов: слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты, 3 желудочек – 5мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предположительный диагноз может быть установлен на основании клинических данных?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Учитывая данные о течении беременности, родов и срока родов, какие диагнозы необходимо указать?
4. Назовите основные и наиболее частые пути передачи инфекции.
5. Какой путь передачи возбудителя можно предположить в данном случае?
6. Назовите основные патогенетические звенья при данном заболевании.
7. На основании исследования спинномозговой жидкости, о каком заболевании можно думать?
8. Какие изменения при офтальмоскопии могут быть выявлены у данного ребенка?
9. Какие основные принципы лечения данного заболевания?
10. Какая антенатальная диагностика используется для предупреждения данного заболевания?
11. Под наблюдением каких специалистов поликлиники должен находиться ребенок, перенесший это заболевание?
12. Какие лабораторные исследования необходимо включить в план отдаленного наблюдения за ребенком в поликлинике?
13. Определите план профилактических прививок у этого ребенка.

ЗАДАЧА 14

Ребенок первых суток жизни находится в роддоме.

Из анамнеза: девочка родилась от женщины 25 лет, от II беременности (I беременность – срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей с токсикозом в I триместре, 3-дневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период), с гестозом и угрозой прерывания беременности во II – III триместрах.

В консультацию обратилась на 28 неделе беременности, от госпитализации отказалась.

Роды на 34 неделе гестации, самопроизвольные, в заднем виде затылочного предлежания. I период – 8 часов, II период – 20 мин, безводный промежуток 7 часов, околоплодные воды зеленые.

Масса при рождении 2000 г, длина 43 см, окружность головы 28 см, груди - 30 см. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 бала, на 5' -7 баллов.

При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние тяжелое, поза полуфлексии, мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные

с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1'. Границы сердца перкуторно: справа - на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба, ЧСС 156 в 1'. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул мекониальный. Мочеиспускание – не нарушено.

Общий анализ крови: Нb-150 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, Тромб. – $100,0 \times 10^9/л$, Лейк – $8,0 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие патологические синдромы у данного ребенка являются основными для предварительного диагноза?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для верификации диагноза у данного ребенка?
3. В каких дополнительных инструментальных исследованиях нуждается ребенок для уточнения диагноза?
4. Назовите основной путь передачи инфекции при данном заболевании.
5. Какие клинические симптомы подтверждают инфицирование плода в I триместре беременности при данном заболевании?
6. Какой прогноз исхода беременности для плода при данном заболевании?
7. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмоскопии при данном заболевании?
8. Какие изменения могут быть выявлены на УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены при данном заболевании?
9. Какие изменения могут быть выявлены при нейросонографическом исследовании при данном заболевании?
10. Какие изменения могут быть выявлены при ЭХО КГ при данном заболевании?
11. Какие основные принципы лечения данного заболевания?
12. Определите группу здоровья и план профилактических прививок после выписки данного ребенка.

ЗАДАЧА 15

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортom без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период – 3 часа, 2-й – 20 минут, безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2100 г, длина – 43 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 27 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляции увлажненным кислородом через маску.

Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании

имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка – на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос, слизистое отделяемое из носовых ходов, затруднение носового дыхания.

Кровь матери: реакция Вассермана +++++.

Общий анализ крови: Hb – 152 г/л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,94, тромб – $180,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $8,0 \times 10^9$ /л, миелоциты – 7%, метамиелоциты – 2%, п/я – 8% , с – 38% , л – 29% , м – 16%, СОЭ – 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
Возможные результаты?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. О каком пути инфицирования можно говорить в данном случае?
5. Оцените массо- ростовой показатель при рождении.
6. Какие изменения могут быть выявлены при рентгенологическом исследовании трубчатых костей?
7. Какие изменения со стороны ЛОР-органов могут быть выявлены при осмотре специалиста?
8. Оцените результаты общего анализа крови.
9. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
10. Какие клинические формы врожденного сифилиса выделяют и чем они характеризуются.
11. Составьте план лечения.
12. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?
13. С участием каких специалистов должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?
14. Как такому ребенку следует проводить профилактические прививки?

ЗАДАЧА 16

Ребенок М., 15 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды своевременные, в головном предлежании. 1-й период – 6 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 11 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 50 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2х2 см, малый – 0,3х0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 12 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние

ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Нб - 172 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб - $190,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 30%, л - 54%, м - 15%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, билирубин общий - 310 мкмоль/л, непрямой - 298 мкмоль/л, прямой - 12 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность - мутная, белок - 1650 ммоль/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 350 в 3 мкл: нейтрофилы - 25%, лимфоциты - 75%.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова тактика гинеколога женской консультации при наблюдении таких женщин до и во время беременности?
4. Правильной ли была тактика ведения родов?
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
7. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Какова лечебная тактика в этом случае?
10. Что включает специфическая терапия при данном заболевании? Каков механизм действия этих препаратов?
11. Показано ли такому ребенку проведение прививки БЦЖ?
12. Какова тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 17

Мальчик М., 5 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечился. Роды срочные с длительным безводным промежутком - 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы - 36 см, грудной клетки - 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.

С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 5-ый день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3х3 см, выполнен. Повышение мышечного тонуса. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС - 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см,

селезенка – у реберного края. Стул желтого цвета, с неперевавленными комочками и прожилками слизи.

Исследование спинномозговой жидкости: белок - 660 ммоль/л, реакция Панди - +++, цитоз - 600 в 3 мкл: нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 30%.

Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каков путь инфицирования можно предположить и почему?
3. Расскажите об особенностях гематоэнцефалического барьера у новорожденных детей.
4. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Какие изменения на рентгенограмме можно выявить при данной патологии?
6. Какие изменения можно выявить при НСГ исследования?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
9. Какова тактика лечения данного больного?
10. Что понимают под менингеальной дозой антибиотиков?
11. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
12. Как следует проводить профилактические прививки в данном случае?

ЗАДАЧА 18

Девочка Р., 3-х дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность 3-ья (1-ая и 2-ая – выкидыши), протекала с токсикозом в 1-ом триместре, во 2-ом и 3-ем триместрах выявлено повышение содержания сахара в крови, в 3-ем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36 неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-ый период 13 часов, 2-ой – 1 час, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см. Закричала после отсасывания слизи и проведения ИВЛ мешком Амбу в течение 20". Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов.

После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. В родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и альбумина. На 3-ий день жизни ребенок переведен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, не кричит, периодически стонет, сосет вяло, срыгивает, поза «лягушки». Кожные покровы иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 152 в минуту, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – у

реберного края. В неврологическом статусе – ребенок вялый, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденного угнетены, при нагрузке появляется тремор подбородка.

Общий анализ крови: гемоглобин - 222 г/л, эритроциты - $6,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,97, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 56%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Сахар крови: сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, в возрасте 3-х дней - 3,0 ммоль/л

Биохимический анализ крови: общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 5,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,02 ммоль/л

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова динамика уровня сахара в крови новорожденного? Оцените уровень сахара в крови данного ребенка.
4. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
5. Какие изменения можно выявить при Эхо-КГ исследовании ребенка?
6. Какие особенности могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости ребенка?
7. Каков механизм развития данного состояния у этого больного?
8. Какие осложнения возможны в течение этого заболевания?
9. Назначьте лечение.
10. К какой группе здоровья относится этот ребенок?
11. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?
12. Как должна наблюдаться беременная с сахарным диабетом врачом женской консультации?

ЗАДАЧА 19

Ребенок П., 7-ми дней, находится в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 32 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность 1-ая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38 неделе, самостоятельные. 1-ый период 12 часов, 2-ой – 20 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см, окружность головы – 34 см, груди – 33 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-их суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала и на 4-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается

симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи, примесь гноя. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспептический. В неврологическом статусе – мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Общий анализ крови: Гемоглобин - 184 г/л, эритроциты - $5,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,97, лейкоциты - $10,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 8%, моноциты - 9%, СОЭ - 5 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 165 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 6,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,1 ммоль/л

ФЭГДС: Фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети, кардия зияет. Слизистая желудка розовая, складки расправляются. Привратник проходим.

Нейросонография: Рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
4. Какие изменения можно выявить при проведении рентгенографии ЖКТ?
5. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
6. Оцените результат общего анализа крови.
7. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Распишите диетотерапию в данном случае.
10. Каковы принципы медикаментозной терапии?
11. Каков прогноз у этого ребенка?
12. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

ЗАДАЧА 20

Однотойцовые близнецы находятся в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность 1-ая, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37 неделе гестации, двойней. 1-ый период родов – 8 часов 15 минут, 2-ой – 30 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов, второго – 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно.

При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розовые, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения.

При исследовании по cito периферической крови:

У 1-ого ребенка Нв составил 148 г/л, Нт – 42%;

У 2-ого ребенка Нв составил 236 г/л, Нт – 73%.

ЗАДАНИЕ:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Что является критерием постановки диагноза при данной патологии?
3. Какие типы гемоглобина Вы знаете? Каковы особенности гемоглобина плода и новорожденного?
4. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
5. Каков патогенез выявленных изменений?
6. Какие изменения может выявить врач-акушер при осмотре плаценты?
7. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ и чем они обусловлены?
8. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях и чем они обусловлены?
9. О каких еще заболеваниях можно думать?
10. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
11. Можно ли проводить прививку БЦЖ этим детям?
12. Каков прогноз у этих детей?
13. К какой группе здоровья будут относиться эти дети после выписки?

ЗАДАЧА 21

Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. По протоколу реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии.

При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС – ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены.

При исследовании по cito периферической крови уровень Hb составил 90 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Чем обусловлены выявленные у ребенка изменения?
2. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
3. Какие патофизиологическ
4. Каковы особенности гемопоэза у плода?
5. Какие осложнения возможны в данном случае?
6. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
7. Назначьте лечение.
8. Какие существуют методы коррекции анемического синдрома?
9. Каков прогноз у этого больного?
10. Можно ли проводить прививку БЦЖ этому ребенку?
11. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
12. Надо ли этому ребенку наблюдаться у невропатолога и почему?

ЗАДАЧА 22

У ребенка 10 суток жизни, родившегося на 32 неделе с массой 1700 г, длиной тела 41 см, находившегося на ИВЛ 8 суток в связи с тяжелым СДР, ухудшилось состояние.

За 9-е сутки потерял в массе 50 г, появилось обильное срыгивание, в том числе однократно с примесью крови. Температура 37,5°C.

При осмотре: коже бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз. Пупочная ранка с серозно-геморрагическим отделяемым, пальпируется пупочная вена. Дыхание с втяжением мечевидного отростка, межреберий, ЧД - 66 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы. ЧСС – 162 в 1 мин., тоны сердца приглушены. Живот незначительно вздут, печень + 4 см из-под реберной дуги, селезенка +1 см. Стул со слизью и зеленью. Мочится достаточно.

Поза «лягушки», рефлексy спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые. Взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен. Ригидность затылочных мышц (симптом сомнителен).

Общий анализ крови: Нb - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $25,3 \times 10^9$ /л, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 5%, п/я - 17%, с/я - 50%, э - 1%, л - 17%, м – 4%, СОЭ - 7 мм/час.

КОС из капиллярной крови: рН - 7,2, рСО₂ - 66,2 мм.рт.ст. рО₂ - 44,6 мм.рт.ст., ВЕ= - 10

Посев на микрофлору: из зева и ануса - густой рост золотистого стафилококка.

Рентгенограмма легких: на фоне общего вздутия определяется сгущение легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются участки инфильтрации, на фоне которых видны фестончатые кольцевые тени. Средостение не расширено.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические синдромы можно выделить?
3. Каковы причины геморрагического синдрома?
4. Нуждается ли ребенок в ИВЛ?
5. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Назначьте лечение.
8. Каковы возможные исходы и последствия.

ЗАДАЧА 23

Ребенок Л. родился недоношенным на 33-й неделе гестации, перенес пневмонию, по поводу чего длительно получал антибактериальную терапию. В возрасте 27 дней состояние ухудшилось. Появились судороги, выросли размеры окружность головы (+5 см за 27 дней).

При осмотре: кожа бледная с мраморным рисунком, в паховых складках, на коже бедер и ягодиц выявляются эрозивные поверхности с фестончатыми краями, на слизистой оболочке полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание – пуэрильное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД – 44 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий. Нижний край печени выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Стул – 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Общий анализ крови на 27-й день жизни: Нб - 112 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 33%, л - 52%, э - 3%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, белок - 2,08г/л (норма 0,49 - 0,80), реакция Панди - +++, цитоз - 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты - 62%, моноциты 22%.

Общий анализ мочи: прозрачность - мутная, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты - 1 - 2 в п/з, эритроциты - нет, много грибов рода Кандида.

Посев ликвора: высеваются грибы рода *Candida albicans*.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в этом возрасте.
3. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какие методы обследования показаны при судорожном синдроме?
6. Какое исследование необходимо повторять для контроля эффективности терапии?
7. Назначьте лечение.
8. В чем заключается профилактика данного заболевания?
9. Нужно ли изолировать данного ребенка?
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?
11. Каков прогноз для жизни и здоровья у данного ребенка?

ЗАДАЧА 24

Мальчик С. родился от второй беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсикозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 32-й неделе (первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса тела при рождении 1870 г, длина тела - 42 см, окружность головы - 30 см, грудной клетки - 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес тяжелый СДР (первичные диссеминированные ателектазы), до 6-х суток находился на ИВЛ.

На 13-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 - 87 в минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС - 180 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см.

Общий анализ крови: Нб-160 г/л, эр- $6,7 \times 10^{12}$ /л, , лейк - $5,4 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с -32%, э - 2%, л -54%, м -10%, СОЭ - 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 60%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС - 180 в минуту. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.

ЭхоКГ: левые отделы сердца увеличены. Отмечается ускорение движения створок митрального клапана. Визуализируется открытый артериальный проток, размеры 2,5 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к развитию данного заболевания у этого ребенка?
3. Как в норме происходит перестройка кровообращения после рождения?
4. С чем связано наличие хрипов в легких у ребенка?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
6. Какие осложнения характерны для данной патологии?
7. Какова дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома в данном случае?
8. Перечислите морфологические и функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у недоношенного ребенка.
9. Какое лечение необходимо ребенку (принципы терапии) ?
10. Консультации каких специалистов необходимы ребенку?

ЗАДАЧА 25

Девочка Ю. родилась от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-й неделе, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела 1480 г, длиной тела 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.

Состояние с момента рождения средней тяжести за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), церебральной ишемии II ст. (синдром угнетения). На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток – приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет, кормится через зонд. Кожные покровы бледные, чистые. Находится на вспомогательно-принудительной вентиляции легких. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД 56 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, 175 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез снижен. Рефлексы новорожденных не вызываются. Тонус мышц асимметричен, сухожильные рефлексы оживлены. Большой родничок 3х3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

Общий анализ крови: Нв-90 г/л, эр- $2,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 1,0, лейкоц - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я -3%, с - 44%, э -0%, л -47%, м -6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная, белок - отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет – кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

Нейросонограмма (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости – эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм, расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.

2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
6. Какие осложнения могут быть в последующем?
7. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
8. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
10. Какое лечение необходимо ребенку?
11. Назовите возможные причины апноэ недоношенных.
12. Нуждается ли ребенок в трансфузии эритроцитарной массы?
Расскажите как правильно провести эту процедуру?

ЗАДАЧА 26

Ребенок от 30-летней матери с отягощенным соматическим и акушерским анамнезом (хронический пиелонефрит, тонзиллит, непереносимость молока; I беременность закончилась самопроизвольным прерыванием на 12 неделе, II – смертью ребенка в период новорожденности с диагнозом цирроз печени, энтероколит). Ребенок родился от III беременности, протекавшей с токсикозом в первой и второй половине, от третьих срочных самостоятельных родов с массой 3000 грамм, длиной 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Отец ребенка здоров.

При рождении состояние ребенка средней тяжести за счет синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. К концу вторых суток состояние ухудшилось за счет появления симптомов дыхательной недостаточности, общего отека, синдрома, появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер. На 3 сутки жизни ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных. С 3 суток ребенку начато кормление сцеженным грудным молоком через зонд. После проведенного лечения к 21 суткам симптомы дыхательной недостаточности купированы. Однако наблюдался частый жидкий зеленый стул.

При осмотре на 27 сутки жизни состояние девочки тяжелое. Кормится материнским молоком через зонд, сама не сосет, обильно срыгивает. Вес 2800 грамм. Двигательная активность и рефлексы орального автоматизма снижены, мышечная гипотония. Кожа иктерична, с выраженным мраморным рисунком. Пупочная ранка эпителизирована. Дыхание пуэрильное, 46 в 1 мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 136 в 1 мин. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край плотный, селезенка не пальпируется. Диурез 3 мл/кг/час, стул окрашен, с примесью зелени и слизи.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, ретикул. - 2 г/л, Лейк - $7,0 \times 10^9$, п/я - 4%, с/я - 32%, л - 54%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Кал на кишечную группу: отрицательный.

Анализ крови на внутриутробную инфекцию методом ПЦР: краснуха, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз – отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, альбумины - 39г/л, глобулины: α_1 - 9,0%, α_2 - 14,4%, β - 16,8%, γ - 26,8%, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л, общий билирубин - 154 мкмоль/л, прямой - 75 мкмоль/л, непрямой - 79 мкмоль/л. АлАТ - 81 Ед/л, АсАТ - 65 Ед/л.

Консультация офтальмолога: двусторонняя катаракта.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Каков патогенез этого заболевания?
3. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
4. Проанализируйте результаты лабораторных исследований.
5. Какие еще лабораторно-инструментальные методы диагностики Вы будете использовать?
6. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
7. Прогноз данного заболевания.
8. Какой основной метод лечения необходимо использовать в данной ситуации?
9. Какие питательные смеси рекомендованы этому ребенку?

Ответы:

1. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия.
2. Физиологическая желтуха.
3. ГБН, с большей вероятностью обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжелая.
4. ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВ0, желтушная форма, средняя степень тяжести.
5. ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВ0, желтушная форма, средней тяжести, осложненная синдромом сгущения желчи.
6. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая. Морфофункциональная незрелость. Конъюгационная желтуха. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. ЗВУР по гипотрофическому типу I степени.
7. Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрба (C₅-C₆).
8. Пузырчатка новорожденных, доброкачественная
9. Поздний неонатальный сепсис, пупочный, вероятно, грамтрицательной этиологии, септикопиемия: гнойный менингит. Недоношенность, гестационный возраст 36-37 недель.
10. Интранатальная асфиксия тяжелой степени на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. Мекониальная аспирация, ДН III степени. ЗВУР по гипотрофическому типу I степени.
11. Врожденная пневмония, тяжелая. ДН III степени. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. ЗВУР по гипотрофическому типу I степени.
12. Постнатальная пневмония смешанной вирусно-бактериальной этиологии, средней тяжести. ДН II степени.
13. Врожденный токсоплазмоз, менингоэнцефалит, судорожный синдром, гидроцефальный синдром. Недоношенность, гестационный возраст 36 недель.
14. Врожденная краснуха. Множественные пороки развития. ВПС (дефект межжелудочковой перегородки?), НК I ст. Микрофтальмия. Интранатальная асфиксия умеренной степени тяжести. Церебральная ишемия II степени, синдром угнетения ЦНС. Недоношенность, гестационный возраст 34 недели.
15. Ранний врожденный сифилис, манифестный. Недоношенность, гестационный возраст 36 недель. Задержка внутриутробного развития. Церебральная ишемия II степени. Угнетение функций ЦНС.

16. Врожденная герпетическая инфекция, герпетический менингоэнцефалит. ЗВУР по гипотрофическому типу I степени
17. Врожденный листериоз. Гнойный менингит листериозной этиологии. ЗВУР по гипотрофическому типу I степени.
18. Диабетическая фетопатия, общий отечный синдром. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. Недоношенность, гестационный возраст 36 недель.
19. Халазия пищевода, вторичный эзофагит. Морфо-функциональная незрелость. Физиологическая желтуха. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС.
20. 1-й ребенок из двойни: Фето-фетальная трансфузия, постгеморрагическая анемия; ЗВУР. 2-й ребенок из двойни: Фето-фетальная трансфузия, полицитемия.
21. Умеренная интранатальная асфиксия. Острая постгеморрагическая анемия.
22. Поздний неонатальный сепсис, пупочный, стафилококковый, септикопиемия: двусторонняя деструктивная пневмония, менингоэнцефалит(?). ДН II ст. Недоношенность, гестационный возраст 32 недели.
23. Кандидозный менингит, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Анемия I степени.
24. ВПС: открытый артериальный проток; НК II ст.; недоношенность, гестационный возраст 32 недели; низкая масса тела.
25. Ишемически-геморрагическое поражение ЦНС, внутрижелудочковое кровоизлияние II степени с обеих сторон; судорожный синдром; гидроцефальный синдром; апноэ центрального генеза; тяжелая постгеморрагическая анемия; недоношенность, гестационный возраст 32-33 недели, низкая масса тела.
26. Галактоземия, двусторонняя катаракта, синдром сгущения желчи. Анемия. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром угнетения ЦНС. Постнатальная гипотрофия I ст. Токсикоз с эксикозом II ст. по водodefицитному (гиперосмолярному) типу.

Раздел 9. Патология детей раннего возраста.

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Судорожный синдром. Этиопатогенез. Классификация. Мероприятия при судорожном синдроме.
2. ОРВИ, обструктивный бронхит и бронхиолиты, диагностика и диф. диагностика, лечение, профилактика.
3. Диагностика и тактика педиатра при пилоростенозе у детей.
4. Последствия перинатального гипоксического поражения ЦНС. Основные синдромы и их характеристика и принципы лечения.
5. Дистрофии у детей раннего возраста, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Роль диетотерапии.
6. Уход за новорожденными и детьми грудного возраста с нарушенной терморегуляцией.
7. Рахит. Этиопатогенез. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика
8. Профилактика и лечение рахита.

9. Гиповитаминоз Д и гипервитаминоз Д у детей раннего возраста. Обмен витамина Д. Неотложная помощь при гипервитаминозе Д.
10. Спазмофилия. Этиопатогенез. Клинические варианты. Неотложная помощь. Принципы профилактики и лечения.
11. Атопический дерматит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение.
12. ЖДА у детей раннего возраста. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение.
13. Лактазная недостаточность. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение.
14. Целиакия. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика и лечение.
15. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика и лечение.
16. Запоры у детей раннего возраста. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика и лечение.
17. Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни.
18. Инородные тела бронхов. Неотложная помощь.
19. Расчет и коррекция питания детям первого года жизни.
20. Понятие об аномалиях конституции, особенности диагностики, лечения и реабилитации.

Тестовый контроль:

001. Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе, следует считать
- а) микросфероцитоз у ребенка
 - б) обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
 - в) наличие у матери группы крови О, у ребенка - А(II) или В(III)
 - г) положительную прямую пробу Кумбса
 - д) снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка
002. У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать?
- а) о сепсисе
 - б) о гипотиреозе
 - в) о АВО-гемолитической болезни
 - г) о пилоростенозе
 - д) о физиологической желтухе новорожденного
003. Гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе антигенов наблюдают
- а) только у зрелых доношенных детей
 - б) только у детей от повторной беременности
 - в) у детей с группой крови О(I)
 - г) чаще у детей с группой крови А(II) от матерей с О(I) группой крови
 - д) у детей от резус-положительного отца
004. Прямая гипербилирубинемия у новорожденного характерна
- а) для атрезии желчных путей
 - б) для гемолитической болезни новорожденного
 - в) для конъюгационной желтухи типа Люцея
 - г) для микросфероцитарной анемии
 - д) для болезни Ди Джорджа
005. Из перечня заболеваний, сопровождающихся судорогами у новорожденных, следует исключить
- а) внутричерепное кровоизлияние
 - б) гипогликемию

- в) менингит
- г) D-дефицитный рахит
- д) синдром Ди Джорджа

006. Не наблюдают у матери повторного рождения детей с признаками врожденного заболевания

- а) краснухой
- б) токсоплазмозом
- в) цитомегалией
- г) герпесом
- д) микоплазмозом

007. Вирусы герпетической группы вызывают следующие заболевания, кроме

- а) кератоконъюнктивита
- б) афтозного стоматита
- в) герпангины
- г) цитомегалии
- д) энцефалита

008. Какой из перечисленных симптомов не типичен для гиалиновых мембран у новорожденных?

- а) цианоз
- б) тахипноэ
- в) отсутствие дыхательной недостаточности
- г) ацидоз
- д) втяжение грудной клетки

009. Наиболее характерным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является

- а) микроцефалия
- б) атрофия зрительного нерва
- в) гепатомегалия
- г) обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM
- д) высокий титр антител в IgG

010. На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го дня жизни может с большей достоверностью указывать

- а) увеличение IgM
- б) увеличение IgG
- в) лейкоцитоз - 20 000 в мм³
- г) нейтрофилез 80%
- д) температурная реакция в пределах 37. 2 С

011. Какой препарат уменьшает уровень непрямого билирубина сыворотки крови?

- а) люминал (фенобарбитал)
- б) магnezия
- в) преднизолон
- г) аскорбиновая кислота

012. К реактивным состояниям новорожденных относят перечисленные симптомы, кроме

- а) физиологической эритемы
- б) МИЛИИ
- в) мелены
- г) вагинального кровотечения
- д) опухания молочных желез

013. Множественные истинные пороки развития характерны

- а) для энзимопатии
- б) для эмбриопатии
- в) для фетопатии
- г) для патологии неонатального периода
- д) для патологии перинатального периода

014. Достоверным признаком врожденной цитомегалии является

- а) микрофтальм и хориоретинит
- б) кальцификаты в веществе мозга
- в) остеопороз
- г) обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе
- д) менингоэнцефалит

015. Основная причина физиологической желтухи новорожденного?

- а) гемолиз
- б) недостаточная глюкуронизация
- в) сгущение крови

- г) холестаза
- д) гипогликемия

016. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием

- а) охлаждения
- б) недостаточного питания
- в) чрезмерной кислородотерапии
- г) гипоксии
- д) гипогликемии

017. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается

- а) у зрелого новорожденного
- б) недоношенного
- в) новорожденного с асфиксией
- г) с пороком сердца
- д) у переношенного ребенка

018. Для врожденного гипотиреоза характерны следующие признаки, кроме

- а) макроглоссии
- б) пролонгированной желтухи
- в) склонности к гипотермии
- г) преждевременного закрытия большого родничка
- д) запора

019. Неотложную терапию проводят при варианте адреногенитального синдрома

- а) с потерей солей
- б) без потери солей
- в) с признаками ранней маскулинизации (у девочек)
- г) с признаками преждевременного полового созревания (у мальчиков)
- д) от ранней диагностики и лечения зависит витальный прогноз всех вариантов АГС

020. Какое из перечисленных исследований подтверждает диагноз муковисцидоза?

- а) рентгенограмма грудной клетки
- б) исследование костного мозга
- в) биопсия тонкого кишечника
- г) микроскопия осадка мочи
- д) определение электролитов пота

021. При каком заболевании признаки мужского пола ребенка можно трактовать как фенкопию?

- а) истинном гермафродитизме
- б) болезни Шерешевского - Тернера
- в) адреногенитальном синдроме
- г) синдроме Клайнфельтера
- д) гипоспадии

022. Супруги гетерозиготны по D(резус) - фактору. Какой вариант расчета резус-фактора возможен в случае рождения однойцевой двойни?

- а) оба ребенка могут быть резус-положительны и гомозиготны по резус-фактору
- б) один из близнецов резус-отрицательный, другой положительный и гомозиготен по резус-фактору
- в) оба близнеца резус-положительны, один гомо-, другой гетерозиготен
- г) оба резус-отрицательны, один гомо-, другой гетерозиготен
- д) оба резус-отрицательны и гетерозиготны

023. У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Какой показатель наиболее важен для генетической консультации?

- а) возраст матери
- б) генотип отца
- в) состояние здоровья матери
- г) генотип матери
- д) повышенный радиационный фон

024. В каких случаях можно ожидать легкого варианта гемолитической болезни по резус-фактору?

- а) отец ребенка гомозиготен по резус-фактору
- б) бабушка ребенка со стороны матери резус-положительна
- в) группа крови матери и ребенка совпадает
- г) матери ребенка в детстве переливали кровь
- д) у матери атопическое заболевание

025. Какая группа заболеваний преобладает у детей?

- а) хромосомные

- б) генные (энзимопатия)
- в) болезни с наследственным предрасположением
- г) врожденные инфекции (токсоплазмоз, цитомегалия)
- д) заболевания на фоне транзиторной незрелости иммунитета

026. Для какого заболевания специфичен синдром расщепления губы и мягкого неба?

- а) трисомии E
- б) трисомии G
- в) болезни Шерешевского - Тернера
- г) трисомии D (синдром Патау)
- д) синдрома Альпорта

027. Какой симптом характерен для трисомии 18?

- а) полидактилия
- б) эпикант
- в) катаракта
- г) атипичное положение пальцев рук
- д) амелия

028. При портальной гипертензии наблюдают

- а) гипогликемию
- б) изолированную гепатомегалию
- в) высокий уровень g-глобулинов
- г) расширение вен пищевода

029. Внутривенный холестаз развивается в результате угнетения ферментов (оксидаз)

- а) стероидными гормонами
- б) вирусами (при ОРВИ)
- в) фенобарбиталом
- г) сульфатом магнезии
- д) кордиамином

030. Белково-клеточная диссоциация в ликворе больного менингоэнцефалитом чаще имеет место в случае этиологии

- а) цитомегаловирусной
- б) энтеровирусной
- в) токсоплазмозной
- г) рубеолярной
- д) листереллезной

031. Ларингоспазм характерен

- а) для бронхиальной астмы
- б) для обструктивного бронхита
- в) для врожденного стридора
- г) для гиперпаратиреоза
- д) для коклюша

032. У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес. Вы считаете необходимым

- а) определить Ca, P, щелочную фосфатазу
- б) ограничиться наблюдением
- в) сделать рентгенографию черепа
- г) сразу назначить витамин D до 5000 Е в сутки
- д) сделать люмбальную пункцию

033. Карпопедальный спазм характерен

- а) для дефицита железа
- б) для гипофосфатемии
- в) для гипокальциемии
- г) для фебрильных судорог
- д) для эписиндрома

034. Какой из перечисленных препаратов при длительном применении инактивирует витамин D и способствует развитию рахита?

- а) фенобарбитал
- б) бутадиион
- в) пиридоксаль-фосфат
- г) пенициллин
- д) дигоксин

035. Витамин D

- а) увеличивает продукцию паратгормона

- б) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта
- в) блокирует канальцевую реабсорбцию Са
- г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови
- д) на указанные биологические эффекты витамин D не влияет

036. Гипокальциемические судороги у недоношенных детей могут быть обусловлены

- а) недостаточной функцией паращитовидных желез
- б) пониженной способностью почек экскретировать фосфор
- в) применением цитратной крови
- г) применением аскорбиновой кислоты

037. Краниотабес не наблюдают

- а) при D-дефицитном рахите
- б) при D-зависимом рахите
- в) при остеопорозе
- г) у недоношенного и незрелого ребенка

038. Какое осложнение не характерно для паротитной инфекции?

- а) панкреатит
- б) поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
- в) энцефалит
- г) нефрит
- д) орхит (или аднексит)

039. Для какого заболевания характерны ателектазы легких?

- а) гемосидероза
- б) муковисцидоза
- в) целиакии
- г) дефицита $\alpha 1$ -антитрипсина
- д) ларинготрахеита

040. Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдают

- а) при пневмотораксе
- б) при ларингоспазме
- в) при эмфиземе
- г) при пневмонии
- д) при бронхиальной астме

041. Цитомегаловирусная инфекция вызывает пневмонию

- а) деструктивную
- б) сегментарную
- в) интерстициальную
- г) бронхопневмонию
- д) ателектатическую

042. Какова причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка?

- а) увеличение силы дыхательной мускулатуры
- б) уменьшение бактериальной аллергии
- в) увеличение просвета бронхов
- г) уменьшение реактивности лимфатической ткани

043. Какой из перечисленных клинических признаков отсутствует при экссудативном плеврите?

- а) ослабленное дыхание
- б) притупление перкуторного звука
- в) бронхиальный тип дыхания
- г) ослабленное голосовое дрожание
- д) тахипноэ

044. Полное расправление легких у новорожденных происходит

- а) сразу после рождения
- б) через час после рождения
- в) через 6 месяцев
- г) в течение нескольких дней
- д) через 2-3 года

045. В каких случаях показана тонзиллэктомия?

- а) при затрудненном глотании и дыхании
- б) при хронически рецидивирующей ангине
- в) при рецидивирующем шейном лимфадените
- г) при перитонзиллярном абсцессе

д) при всех перечисленных заболеваниях

046. При острой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является

- а) повышение температуры
- б) поверхностное дыхание
- в) повышение метаболизма
- г) тахикардия
- д) анемия

047. Бронхиолит у детей раннего возраста

- а) легкое и кратковременное заболевание
- б) обусловлен аллергическим компонентом
- в) является ранним признаком бронхиальной астмы
- г) приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию легких
- д) бронхиолит у детей раннего возраста не бывает

048. Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме

- а) врожденного порока сердца
- б) метгемоглобинемии
- в) пневмонии
- г) ателектаза
- д) крупа

049. Какое из перечисленных осложнений кори практически не встречается?

- а) энцефалит
- б) остеомиелит
- в) отит
- г) бронхопневмонии
- д) круп

050. Какая форма пневмонии практически не встречается в раннем детском возрасте?

- а) бронхопневмония
- б) аспирационная пневмония
- в) лobarная
- г) абсцедирующая
- д) пневмоцистная

051. Какое мероприятие является главным при напряженном пневмотораксе?

- а) интубация и искусственное дыхание
- б) положение на пораженной стороне
- в) активная кислородотерапия
- г) возвышенное положение
- д) плевральная пункция и дренаж

052. Голосовое дрожание усилено

- а) при плеврите
- б) при пневмотораксе
- в) при инфильтративном легочном процессе
- г) при легочной эмфиземе
- д) при ателектазе

053. К железодефицитной анемии относят следующие признаки, кроме

- а) повышения билирубина крови
- б) гипохромии эритроцитов
- в) тромбопении
- г) уменьшения связанного железа в сыворотке
- д) уменьшения количества эритроцитов

054. Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и кровотечения имеет место

- а) при гемофилии А
- б) при недостаточности VII фактора
- в) при недостаточности XIII фактора
- г) при афибриногенемии
- д) при каждом из перечисленных заболеваний

055. Какой из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза?

- а) полифекалия
- б) мекониальный илеус
- в) гипернатриемия
- г) стеаторея

д) ателектазы

056. Для непереносимости фруктозы верны перечисленные положения, кроме одного

- а) заболевание связано с дефектом энзима печени
- б) сопровождается гипергликемией
- в) введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния
- г) больной отстает в психомоторном развитии
- д) лечебный эффект от применения молочных смесей, не содержащих фруктозу

057. Целиакия

- а) развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни
- б) приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- в) спонтанно излечивается после 2 года жизни
- г) сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника
- д) встречается чаще у мальчиков, чем у девочек

058. Начало диареи в первые недели жизни не характерно

- а) для муковисцидоза
- б) для целиакии
- в) для недостаточности лактозы
- г) для дефицита энтерокиназы
- д) диарея развивается с первых недель при всех заболеваниях

059. Отдаленный прогноз при целиакии

- а) неблагоприятный
- б) возможна незначительная коррекция
- в) полное выздоровление
- г) хороший на фоне постоянной медикаментозной терапии
- д) хороший на фоне постоянного диетического лечения

060. Для приготовления пищи при глютен-индуцированной целиакии рекомендуют использовать

- а) пшеничную муку
- б) ржаную муку
- в) овсяные хлопья
- г) манную крупу
- д) кукурузную муку

061. Слизистые - интенсивно розового цвета

- а) при циркуляторной гипоксии
- б) при гипоксемической гипоксии
- в) при гистотоксической гипоксии
- г) при анемической гипоксии
- д) при любом типе гипоксии имеет место цианоз

062. Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен

- а) мышечная гипотония
- б) жажда
- в) судороги
- г) отеки
- д) повышение артериального давления

063. Препаратом выбора при остром развитии приступа судорог является

- а) пипольфен
- б) фенобарбитал
- в) 25% сульфат магнезии
- г) дроперидол
- д) седуксен

064. Устранить депрессию дыхания при передозировке барбитуратов можно с помощью

- а) промедола
- б) дроперидола
- в) бемегида
- г) ГОМКа
- д) индерала

065. Сдвигу КЩС в сторону ацидоза способствует

- а) гипервентиляция
- б) рвота
- в) гипокалиемия
- г) циркуляторная гипоксия

д) гипотермия

066. Основной синдром постреанимационного состояния

- а) судорожный
- б) токсично-дистрофический
- в) аллергический
- г) анемический
- д) артериальной гипертензии

067. Гематокрит остается нормальным

- а) при изотоническом эксикозе
- б) при воддефицитном эксикозе
- в) при соледефицитном эксикозе
- г) изменения гематокрита для любого типа эксикоза не характерны

068. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует

- а) ацидоз
- б) алкалоз
- в) гиперкалиемия
- г) гипопротейнемия
- д) гиповентиляция

069. Для каких заболеваний характерно состояние алкалоза

- а) пиелонефрита
- б) сахарного диабета
- в) опухоли мозга с рецидивирующей рвотой
- г) болезни Лайтвуда - Олбрайта
- д) массивной пневмонии

070. Из перечисленных синдромов к метаболическому алкалозу приводит

- а) профузный понос
- б) пилоростеноз
- в) синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы
- г) синдром врожденного дефицита карбоангидразы
- д) гипербилирубинемия

071. Для гипотонической дегидратации характерно

- а) полидипсия
- б) артериальная гипертония
- в) гиперрефлексия
- г) брадикардия
- д) низкие АД и ЦВД

072. Воддефицитному эксикозу соответствует

- а) холодная пастозная кожа
- б) полидипсия
- в) повышение белка и цитоза в ликворе
- г) гипонатриемия
- д) полиурия

073. Гипертонической дегидратации соответствует

- а) выбухающий родничок
- б) гипотермия
- в) снижение АД
- г) сухость слизистых
- д) гипонатриемия

074. Для характеристики микроциркуляции наиболее информативно

- а) гемограмма
- б) частота пульса
- в) диурез
- г) центральное венозное давление
- д) артериальное давление

075. Основным показателем гипотонической гипергидратации является

- а) гипертензия (АД)
- б) устойчивое повышение ЦВД
- в) отек легких
- г) периферические отеки
- д) гиперэлектролитемия

076. Какой из перечисленных симптомов не типичен для гемолитикоуремического синдрома?
- анемия
 - олигурия
 - тромбоцитопения
 - повышение конъюгированного билирубина в сыворотке
 - протеинурия
077. Какой признак характерен для синдрома внезапной смерти у детей?
- синдром чаще встречается у детей старше 3 лет
 - смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка
 - всегда обнаруживают конкретную причину смерти
 - всегда имеются клиничко-морфологические признаки незрелости
 - семейная предрасположенность к внезапной смерти
078. Ригидности затылочных мышц не наблюдают
- при бактериальном менингите
 - при вазомоторном коллапсе
 - при шейном лимфадените
 - при среднем отите
079. Какое из положений, относящихся к проблеме фебрильных судорог (на фоне ОРВИ) у детей раннего возраста, следует считать правильным?
- судороги наблюдаются чаще в возрасте от 3 месяцев до 3 лет
 - в дальнейшем у 90% детей формируется эпилепсия
 - судороги носят локальный характер
 - связаны с прорезыванием зубов
 - сопровождаются изменением ликвора
080. Наиболее частой посттрансфузионной реакцией является
- гемолитическая
 - лихорадочная
 - анафилактическая
 - экзантемная
 - судорожная
081. При гипертермическом синдроме со спазмом сосудов начинать терапию следует
- с введения диуретиков
 - немедленного охлаждения пузырями со льдом
 - введения симпатомиметиков
 - введения фенотиазиновых препаратов
 - β-адреноблокаторов
082. Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39 С, сомнолентность, ригидность затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все - гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Какой возбудитель менингита наиболее вероятен?
- пневмококк
 - менингококк
 - бактерия туберкулеза
 - вирус кори
083. Немедленно вызывать реанимационную бригаду следует
- при судорожном синдроме
 - при гипертермическом синдроме
 - при синдроме депрессии дыхания
 - при астматическом синдроме
 - при гипервентиляционном синдроме
084. При обструктивных уропатиях пиелонефрит
- встречается редко
 - является причиной обструкции
 - для указанной уропатии пиелонефрит не характерен
 - встречается очень часто
 - не связан с бактериальной флорой
085. Наиболее частой причиной пиелонефрита является
- удвоение почки
 - нефроптоз
 - пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 - поликистоз

086. Постоянная щелочная реакция мочи имеет место
- при пиелонефрите
 - при почечном канальцевом ацидозе
 - при мегауретере
 - при остром гломерулонефрите
 - при гидронефрозе
087. К эмбриопатии не относится
- подковообразная почка
 - удвоенная почка
 - синдром Альпорта
 - агенезия почки
 - сегментарная гипоплазия
088. Какой из симптомов при текущем пиелонефрите наиболее четко верифицирует развитие хронической почечной недостаточности?
- полиурия
 - субфебрилитет
 - мышечная гипотония
 - никтурия
 - поллакиурия
089. При каком заболевании в раннем периоде его развития ведущим симптомом является полиурия?
- синдром де Тони - Дебре - Фанкони
 - ксантинурия при В6-зависимых состояниях
 - несахарный диабет
 - фосфат-диабет
 - гипервитаминоз D
090. Какой пробой лучше оценивать концентрационную функцию почек?
- Аддиса - Каковского
 - по Зимницкому
 - по Нечипоренко
 - с помощью биохимического исследования мочи
091. Какой признак не характерен для почечно-туберкулярного ацидоза?
- метаболический ацидоз
 - полиурия
 - гипергликемия
 - нефролитиаз
 - остеопатия
092. Олигурия встречается при синдромах и заболеваниях, кроме
- острой почечной недостаточности
 - эксикоза
 - мочекаменной болезни
 - сахарного диабета
 - сердечно-сосудистой недостаточности (периода декомпенсации)
093. При каком заболевании при УЗИ может определяться разная величина почек?
- при хроническом пиелонефрите
 - при нефрозе
 - при ренальном рахите
 - при гломерулонефрите
 - при гипервитаминозе D
094. При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет
- общая интоксикация организма
 - дизурические явления
 - синдром срыгивания
 - субфебрилитет
 - болевого синдром
095. К группе риска по врожденным аномалиям почек относятся дети раннего возраста
- недоношенные
 - с перинатальной энцефалопатией
 - от матерей, страдающих сахарным диабетом
 - новорожденные с патологией тазовой и ректальной областей
 - внутриутробно инфицированные

096. Колебания относительной плотности мочи у ребенка 10-месячного возраста составляют
- от 1. 010 до 1. 020
 - от 1. 009 до 1. 015
 - от 1. 001 до 1. 003
 - от 1. 002 до 1. 008
 - от 1. 020 до 1. 030
097. Какой объем мочевого пузыря у новорожденного ребенка?
- от 20 до 30 мл
 - от 30 до 50 мл
 - от 100 до 150 мл
 - от 100 до 200 мл
 - от 10 до 20 мл
098. При какой тубулопатии не наблюдается искривления конечностей?
- при фосфат-диабете
 - при почечно-тубулярном ацидозе
 - при глюкозурии
099. Термин "экссудативно-катаральный диатез" следует использовать
- в качестве диагноза кожного заболевания
 - для констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления
 - для обозначения типа конституции
 - для обозначения семейной предрасположенности к аллергии
 - термин устарел и его не следует использовать в практике педиатра
100. Основным механизмом псевдоаллергической реакции связан
- с продукцией специфических антител
 - с увеличением уровня иммуноглобулина класса E
 - с повышенной возбудимостью тучных клеток и выделением гистамина
 - с увеличением количества супрессоров
 - со снижением хелперной активности лимфоцитов
101. Выраженным гистаминолиберирующим свойством обладают все перечисленные препараты, кроме
- атропина
 - полимиксина
 - бисептола
 - рентгеноконтрастных препаратов
 - полиглюкина
102. Пищевым продуктом, обладающим выраженным либераторным эффектом, считают
- цитрусовые
 - молоко
 - яйца
 - яблоки
103. К атопическому поражению кожи относится
- пеленочный дерматит
 - нейродерматит
 - себорейный дерматит
 - гнейс
 - контагиозное импетиго
104. Какое заболевание в первый год жизни имеет преимущественную локализацию на коже лица?
- себорейный дерматит
 - экзема (атопический дерматит)
 - чесотка
 - строфулюс
 - все перечисленные заболевания
105. При каком заболевании целесообразно применять антимикотические мази?
- истинной детской экземе
 - чесотке
 - гнейсе
 - кандидозе кожи
 - экзофоллиативном дерматите Риттера
106. Специфическая гипосенсибилизирующая терапия пищевой аллергии включает
- лечение желудочно-кишечного тракта

- б) назначение антигистаминных препаратов
- в) дробное введение "виновного" антигена
- г) лечение гистаглобулином
- д) назначение иммуномодулятора

107. Антигистаминные препараты наиболее эффективны

- а) при atopическом дерматите
- б) при псевдоаллергических реакциях
- в) при цитотоксических реакциях
- г) при контактном дерматите
- д) при иммунокомплексных заболеваниях

108. В случае необходимости длительной антигистаминной терапии замена димедрола тавегилом

- а) строго противопоказана
- б) нецелесообразна
- в) допустима
- г) обязательна
- д) представляет оптимальный вариант при длительном лечении антигистаминными препаратами

109. Бронхоспазм усиливают

- а) алкалоз
- б) седативные препараты
- в) b-адреноблокаторы
- г) вагolitические препараты
- д) b2-стимуляторы

110. Расширению бронхов способствуют

- а) гипокальциемия
- б) повышение тонуса вагуса
- в) симпатикотония
- г) гипогликемия
- д) физическая нагрузка

111. Какие препараты противопоказаны для лечения бронхообструктивного синдрома при пищевой аллергии?

- а) интал
- б) b2-адреномиметики
- в) ксантиновые препараты
- г) b-адреноблокаторы
- д) антихолинергические

112. Доза эуфиллина должна быть уменьшена

- а) при обструктивном синдроме у ребенка с экссудативным типом конституции
- б) при отеке Квинке и крапивнице у ребенка с лимфатизмом
- в) ребенку с острым инфекционным токсикозом
- г) при заболеваниях печени и сердечной недостаточности
- д) при астматическом статусе

113. Какие эффекты вызывает эфедрин?

- а) депрессию дыхания
- б) бронходилатацию
- в) уменьшение сердечного выброса
- г) вазодилатацию
- д) перистальтику кишечника

114. Основным органом, участвующим в метаболизме лекарств, является

- а) почки
- б) печень
- в) легкие
- г) кровь
- д) поджелудочная железа

115. Какая максимальная суточная доза левомецетина не метаболизируется печенью новорожденного и вызывает токсический эффект?

- а) 20 мг/кг
- б) 30 мг/кг
- в) 50 мг/кг
- г) 10 мг/кг
- д) 60 мг/кг

116. При проведении антибиотикотерапии необходимо придерживаться следующей рекомендации

- а) назначать вместе бактерицидные и бактериостатические препараты
- б) использовать прерывистый курс лечения
- в) комбинировать аминогликозиды
- г) создавать достаточные концентрации антибиотиков
- д) для усиления эффективности комбинировать с глюкокортикоидами

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-Б | 002-Б | 003-Г | 004-А | 005-Г | 006-Б | 007-В |
| 008-В | 009-Г | 010-А | 011-А | 012-В | 013-Б | 014-Г |
| 015-Б | 016-В | 017-Б | 018-Г | 019-А | 020-Д | 021-В |
| 022-А | 023-А | 024-Б | 025-В | 026-Г | 027-Г | 028-Г |
| 029-Б | 030-В | 031-Д | 032-Б | 033-В | 034-А | 035-Б |
| 036-А | 037-В | 038-Г | 039-Б | 040-Б | 041-В | 042-В |
| 043-В | 044-Г | 045-Б | 046-Б | 047-Г | 048-Б | 049-Б |
| 050-В | 051-Д | 052-В | 053-А | 054-Г | 055-В | 056-Б |
| 057-Г | 058-Б | 059-Д | 060-Д | 061-В | 062-Б | 063-Д |
| 064-В | 065-Г | 066-Б | 067-А | 068-Б | 069-В | 070-Б |
| 071-Д | 072-Б | 073-Г | 074-В | 075-Г | 076-Г | 077-Д |
| 078-Б | 079-А | 080-Б | 081-Г | 082-Б | 083-В | 084-Г |
| 085-В | 086-Б | 087-В | 088-А | 089-В | 090-Б | 091-В |
| 092-Г | 093-А | 094-А | 095-Г | 096-Г | 097-Б | 098-В |
| 099-Б | 100-В | 101-А | 102-А | 103-Б | 104-Б | 105-Г |
| 106-В | 107-Б | 108-Б | 109-В | 110-В | 111-Г | 112-Г |
| 113-Б | 114-Б | 115-Д | 116-Г | | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Ребенок 3,5 месяцев. Родился от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-36 недгестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. До 1 месяца грудное вскармливание, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями. За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 1,5 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 Д, но препарат ребенку не давали. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно.

При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5х3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа отмечается болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижение тургора тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – 3,8х10¹²/л, Лейк – 8,2х10⁹/л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз – 2%, лимф – 60%, мон – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

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

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальцийиониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600).

КОС крови: рН = 7,35; ВЕ= –7 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз можно поставить?

2. Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной систем?
4. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
5. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу ребенка.
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания?
8. Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
9. Какое лечение следует назначить ребенку?
10. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
11. Является ли заболевание ребенка противопоказанием для проведения профилактических прививок?
12. Имелась ли при рождении ребенка гипотрофия? Оцените динамику массы в дальнейшем.
13. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка.

З А Д А Ч А 2

Ребенок 7 месяцев доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.

Из анамнеза: ребенок родился в августе от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины, роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. С 2-х месяцев находится на нерациональном искусственном вскармливании, получал преимущественно кисломолочные смеси, с 4 месяцев – кефир. В настоящее время получает кефир по 200,0 мл 2 раза/сут, молочную кашу по 200,0 мл 2 раза/сут, овощное пюре 200,0 г 1 раз/сут. Ребенок избыточно прибавлял в массе, в настоящее время весит 9,5 кг. В 4 месяца диагностирован рахит, получал лечение витамином Д в течение 3 недель. В последние недели мама стала чаще гулять с ребенком в солнечную погоду.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 36,8° С, насморк, редкий влажный кашель, активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания, потеря сознания, цианоз кожных покровов, возникли вначале тонические, затем клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных симптомов нет. У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные и теменные бугры, большой родничок 3,5x3,5 см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные четки», зубы отсутствуют. Отмечаются преходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание, ЧД=32/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС=140 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул нормальный. Ребенок мало эмоционален, не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, Эр – 3,2x10¹²/л, Лейк – 10,4x10⁹/л, п/я – 4%, с/я – 23%, эоз – 3%, лимф – 60%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет сол-желтый, отн. плотн. – 1015, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,75 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
4. Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?

5. Найдите патологические отклонения в биохимическом анализе крови. Как их можно объяснить?
6. Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
7. Какие варианты заболевания Вам известны?
8. Какие условия могут способствовать нарушению фосфорно-кальциевого обмена у грудных детей?
9. Роль паращитовидных желез в регуляции фосфорно-кальциевого обмена.
10. Какую неотложную помощь следует оказать ребенку?
11. Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог?
12. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
13. Отмечается ли у ребенка избыток массы? Требуется ли коррекция рациона питания?
14. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.

ЗАДАЧА 3

Ребенок 1,5 месяцев.

Родители молодые, являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Первый ребенок умер в грудном возрасте от цирроза печени неустановленной этиологии. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3600г, длина 52 см. Приложен к груди на 1 сутки, сосал активно.

В возрасте 2-х суток – появилась желтуха, диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. В весе потерял. Несмотря на проводимую терапию / пробиотики, пребиотики, инфузионная терапия, замена грудного молока адаптированной смесью, фенобарбитал, адсорбенты/ состояние ребенка не улучшалось.

В связи с тяжелым состоянием поступил в отделение. Масса 3000г, длина 53 см.

Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит плохо. Живот вздут, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета.

У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п – 0.88, ретик.- 0,2%, Лейк - $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 60%, м - 6%, СОЭ - 4 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок – следы, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 30,5 мкмоль/л, прямой - 25,0 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 (норма до 600), АлАТ - 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. К какому типу заболеваний относится данная патология?
5. Какие варианты данного заболевания существуют?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
9. Оцените результаты анализов данного ребенка.
10. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
11. Как определить степень гипотрофии?
12. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
13. Основные принципы диетотерапии при данном заболевании.
14. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 4

Девочка 1 года 6 месяцев.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Родилась с массой тела 3200 г, длиной 50 см; закричала сразу. Период новорожденности протекал без особенностей.

На грудном вскармливании до 7 мес. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул был нормальным. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Отмечался однократный 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 минуту. 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, Лейк – $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 29%, э – 1%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 5мм/час

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 (норма 4,5 – 7), глюкоза – 2,9 ммоль/л, мочевая кислота – 0,65 ммоль/л (норма – 0,17 – 0,41), молочная кислота – 2,8 ммоль/л (норма – 1,0 – 1,7).

Кислотно-основное состояние 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 развиваются тяжелые поражения сердца?
11. Основные принципы лечения?

12. Что является причиной смерти при отсутствии лечения?

ЗАДАЧА 5

Ребенок 8 месяцев.

Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые 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. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.

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: Hb – 110 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с/я - 32%, э - 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.

Скрининг-тест Гатри: положительный.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании можно думать?
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 больных в зависимости от срока постановки диагноза?
8. При каких наследственных заболеваниях изменяется цвет и запах мочи?
9. Принципы лечения этого заболевания?
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
11. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.

ЗАДАЧА 6

Девочка 3., 1 года, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».

Анамнез: ребенок от I нормально протекавшей беременности и родов. При рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание смесью «Агуша». 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 Москву 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 – $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,53; ретикулоциты – 1,1%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /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, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,4-21,5), общая железосвязывающая способность – 103,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зр., Эр – нет, слизь – немного.

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

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 7

Настя И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см.

Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Агуша»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она получала каши на коровьем молоке, творог, фрукты, овощи, от мяса отказывалась. За 3

месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения в Москву в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (81 г/л), ускорение СОЭ (15 мм/ч).

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: Hb – 81 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,68; ретикулоциты – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 22%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N=60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N=10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зрения, Эр – нет, цилиндры – 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. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. Существует ли взаимосвязь у ребенка между основным заболеванием и приверженностью к частым респираторным вирусным инфекциям?
8. Назначьте лечение.
9. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
10. Какова продолжительность терапии основного заболевания?
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

ЗАДАЧА 8

У мальчика Е., 3 лет, 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 месяцев после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Малютка») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодиц, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гипоаллергенную («НАН ГА») и антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсинов, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.

При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо и кусает губы. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные экскориации. На коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, видны следы от укусов зубов, 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, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с – 34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (N=1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N=1:80).

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): 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. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
7. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
8. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
9. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии псевдоаллергических реакций?
10. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
12. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

ЗАДАЧА 9

Антон В., 6 месяцев, поступил в больницу с направляющим диагнозом: Детская экзема, период обострения.

Анамнез: ребенок от 1 беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2850 г, длина 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев. Вскоре после перевода ребенка на искусственное вскармливание (смесь «Агуша») на коже щек появились зудящие участки покраснения с микровезикулами, мокнутием и корками. В дальнейшем проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Хумана», «НАН» и др.), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодички, 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/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 неперевавленными комочками и слизью.

Общий анализ крови: Нв – 101 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8, Лейк – $11,2 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с/я – 33%, эоз – 9%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, железо – 8,1 мкмоль/л (N=10,4–14,2), общая железосвязывающая способность – 87,9 мкмоль/л (N=63,0-80,0).

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

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

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?
2. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
4. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назначьте лечение.
8. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
9. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
10. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
11. Какие медиаторы воспаления вызывают повышенную проницаемость сосудов при воспалении?
12. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?

ЗАДАЧА 10

Ребенок 5 месяцев 3 дней поступил в больницу с направляющим диагнозом: кишечная инфекция, токсикоз с эксикозом II степени.

Анамнез жизни: девочка от I беременности, I 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 по возрасту. Стул до заболевания 2-3 раза в сутки, желтого цвета, без патологических примесей.

Наследственность не отягощена. В возрасте 5 месяцев масса тела составляла 7400,0 г.

Анамнез заболевания. Заболела 4 дня назад, когда внезапно поднялась температура тела до 37,70С, появился разжиженный стул до 7-8 раз в сутки, отмечалась повторная рвота. На

2 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 ампициллин в/м 250 тыс. ЕД 3 раза/сут. На 3-й день болезни рвота участилась до 8 раз за сутки, 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 36,00С. Кожные покровы холодные на ощупь, выражены акроцианоз, «мраморность» рисунок. Большой родничок запавший, черты лица заострены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Выражено диспноэ, ЧД = 42 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС = 88 уд/мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика вялая. Печень +3,0см из-под края реберной дуги.

Селезенка не пальпируется. Резкая мышечная гипотония, гипорекфлексия. 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 – $5,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9; Лейк – $18,8 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 60%, эоз – 1%, лимф – 21%, мон – 10%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – насыщенно-желтый, отн. плотн. – 1018, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, Лейк – 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, калий – 3,0 ммоль/л, натрий – 128,0 ммоль/л, кальций иониз. – 0,7 ммоль/л (N=0,8-1,1).

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

Бактериологическое 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 соледефицитном виде обезвоживания у детей раннего возраста?

ЗАДАЧА 11

Мальчик 1 года 1 мес. поступил в больницу с жалобами матери на слабость, повышение температуры тела до 39,0 С⁰, повторную рвоту, отказ от еды и питья.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре, II 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 мес. 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 39,20С, появилась 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. Выражена 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: Нв – 158 г/л, Эр – $4,9 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, Лейк – $16,3 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 41%, эоз – 1%, лимф – 44%, мон – 8%, СОЭ – 13 мм/ч. 18, белок – следы, глюкоза – нет, эпителий плоский –

Общий анализ мочи: цвет – насыщенно-желтый, отн. плотн. – 10 немного, 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, 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, серомукоид – 0,480 ЕД.

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 Вы знаете способы расчета объема жидкости для проведения регидратации?
12. Каково соотношение глюкозо-солевых растворов, которые используются при водodefицитном (гиперосмолярном) виде обезвоживания?
13. Как проводится коррекция гипокалиемии?

Ответы:

1. Рахит II степени, период разгара, подострое течение.
2. Рахит II ст., стадия разгара, острое течение.
3. Спазмофилия, гипокальциемические судороги. Рахит II ст., период разгара, подострое течение. ОРВИ.
4. Галактоземия, гипотрофия II степени; анемия I степени.

5. Гликогеноз, тип I (болезнь Гирке).
6. Фенилкетонурия, позднее выявление; отставание психомоторного развития.
7. Железодефицитная анемия тяжелой степени (III ст.).
8. Железодефицитная анемия средней степени (II ст.).
9. Аллергическая реакция: отек Квинке. Атопический дерматит, распространенный, младенческая форма, период обострения. Аллергический энтерит.
10. Атопический дерматит, диффузный, младенческая форма, период обострения. Пищевая аллергия к белку коровьего молока, яйцу, злаковым. Сопутствующий: Железодефицитная анемия легкой степени (I ст.).
11. Кишечная инфекция неясной этиологии, тяжелая форма. Токсикоз с эксикозом III ст. по содедефицитному (гипоосмолярному) типу. Гиповолемический шок.
12. Кишечная инфекция неясной этиологии

Раздел 10. Поликлиническая педиатрия:

Коды контролируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1, УК-2, УК-3

Собеседование по контрольным вопросам:

- Временная нетрудоспособность по уходу за здоровым ребенком
- Организация медикопсихологической помощи подросткам в детской поликлинике.
- Инвалидность с детства
- Психологические основы профессиональной консультации, профессионально значимые функции и качества.
- Качественные показатели профилактической работы участкового врача.
- Показатели работы детской поликлиники
- Социальные факторы риска здоровья детей
- Организация неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе.
- Показания и подготовка детей к санаторному лечению
- Критерии здоровья и диспансеризация здоровых детей.
- Особенности роста и развития подростков.
- Организация лечебно-профилактической помощи подросткам (работа подросткового врача; специализированная помощь)
- Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими острую кишечную инфекцию
- Комплексная оценка здоровья детей второго года жизни
- Профилактика и диагностика ранних отклонений в состоянии здоровья и развития детей.
- Критические периоды развития детей.
- Диспансеризация детей второй группы здоровья.
- Группа риска по заболеваниям органов дыхания.
- Оценка психофизического развития детей 3-го года жизни.
- Группа риска по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.
- Группа риска по заболеваниям почек и МВП.
- Группы риска по заболеваниям печени ЖВП и диспансеризация.
- Группы риска по заболеваниям органов пищеварения и диспансеризация.
- Диспансеризация детей из группы риска по развитию гипотрофии.
- Группы риска по гнойно-септическим заболеваниям и тактика их ведения.

- Оформление больничных листов и медицинских справок по уходу

Тестовый контроль:

001. Какие из перечисленных показателей отражают полноту и качество диспансерного наблюдения за здоровьем детей?
- а) число детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев (в процентах)
 - б) число детей первого года жизни, отнесенных к первой группе здоровья
 - в) динамика состояния здоровья детей по группам здоровья от периода новорожденности до года
 - г) частота осмотра педиатром
002. Какие формы взаимодействия акушерской, педиатрической и терапевтической служб можно считать наиболее перспективными?
- а) заполнение совместных документов
 - б) работа акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса (АТПК)
 - в) совместный патронаж беременных
 - г) школа будущих матерей и отцов
003. Что можно выявить, анализируя структуру заболеваемости детей?
- а) ведущую патологию
 - б) частоту заболеваемости по каждой нозологической форме
 - в) контингент часто и длительно болеющих детей
 - г) все вышеперечисленное
004. Вы располагаете данными о числе обследованных детей и об общем количестве всех заболеваний. Какой показатель заболеваемости Вы сможете вычислить?
- а) число детей часто и длительно болеющих (в процентах)
 - б) структуру заболеваемости (в процентах)
 - в) индекс здоровья
 - г) интенсивный показатель частоты заболеваний
005. Какое учреждение не относится к системе амбулаторно-поликлинической помощи детям в сельской местности?
- а) детская поликлиника ЦРБ
 - б) амбулатория сельской участковой больницы
 - в) медсанчасть
 - г) фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)
 - д) детская областная консультативно-диагностическая поликлиника
006. По каким показателям можно оценить эффективность первого этапа диспансеризации на педиатрическом участке?
- а) снижение детской смертности
 - б) снижение острой заболеваемости
 - в) отсутствие отрицательной динамики по группам здоровья
 - г) число детей, отнесенных к первой группе здоровья
007. Какие учреждения не относятся к системе амбулаторно-поликлинической помощи детям в городе?
- а) специализированная детская поликлиника
 - б) детская городская поликлиника
 - в) фельдшерско-акушерский пункт
 - г) диспансер
 - д) специализированный консультативно-диагностический центр
008. Показатель рождаемости считается низким, если он равен
- а) 11-15 на 1000 населения
 - б) 16-20 на 1000 населения
 - в) 21-25 на 1000 населения
 - г) 26-30 на 1000 населения
009. Укажите основной раздел работы в области профилактики участкового педиатра с детьми дошкольного возраста
- а) осуществление восстановительного лечения
 - б) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
 - в) организация диспансерных осмотров детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностических исследований
 - г) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
010. Какие из перечисленных показателей рождаемости являются высокими?
- а) 11-15 на 1000 населения
 - б) 16-20 на 1000 населения
 - в) 21-25 на 1000 населения
 - г) 26-30 на 1000 населения

011. Укажите оптимальное число посещений ребенком первого года жизни кабинета по воспитанию здорового ребенка
- 5 раз в год
 - ежемесячно
 - ежеквартально
 - по рекомендации педиатра
012. Как целесообразно организовать график работ кабинета по воспитанию здорового ребенка в поликлинике для обеспечения качественного профилактического наблюдения?
- 2 раза в неделю
 - ежедневно
 - один раз в неделю
 - в зависимости от мощности поликлиники
013. Что включается в понятие "перинатальная смертность"?
- число детей, умерших до года, на 1000 родившихся живыми
 - число детей, умерших на первой неделе жизни, от общего числа родившихся живыми и мертвыми
 - число мертворожденных
014. Индекс здоровья в детском учреждении равен 37%. В другом детском учреждении данный индекс равен 25%. Достаточна ли данная информация для вывода о том, что в первом учреждении работа организована лучше (укажите неправильный ответ) ?
- достаточна
 - необходимо дополнить сведениями о том, как распределены дети по группам здоровья
 - необходимо дополнить сведениями о длительно и часто болеющих детях
 - необходимы сведения о возрастном составе детей
015. Коэффициент рождаемости определяется как
- число родившихся детей (в процентах)
 - число родившихся детей (в промиллях)
 - отношение числа родившихся за год к общей численности населения (в процентах)
 - отношение числа родившихся за год к общей численности населения (в промиллях)
016. По каким показателям оценивается эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий, проведенных в дошкольных учреждениях (исключите один) ?
- структура заболеваемости в процентах
 - число случаев острых заболеваний на 100 детей
 - полнота охвата медицинскими осмотрами
 - число детей, взятых на диспансерный учет
017. Каковы наиболее важные причины гибели детей на догоспитальном этапе (исключите одну) ?
- позднее обращение за медицинской помощью
 - ошибка в диагностике тяжести состояния ребенка
 - отсутствие возможностей для транспортировки и оказания неотложной помощи
 - ухудшение показателей состояния здоровья в связи с неблагоприятными изменениями окружающей среды
018. В какие сроки беременности действовали повреждающие факторы, если у ребенка обнаруживаются врожденные уродства?
- 8-12 недель
 - 14-16 недель
 - 20-25 недель
 - 28-32 недели
019. Какие сроки беременности могут считаться критическими для прогнозирования нарушений темпов развития и закладки тканей и органов плода?
- 8-12 недель
 - 14-16 недель
 - 20-25 недель
 - 28-32 недели
020. В какие сроки беременности произошло повреждение плода, если ребенок родился с признаками физиологической незрелости?
- 8-12 недель
 - 14-16 недель
 - 20-25 недель
 - 28-32 недели
021. В какие сроки беременности действие повреждающих факторов может обусловить постнатальную гипоксию ребенка?
- 8-12 недель
 - 14-16 недель

- в) 20-25 недель
- г) 28-32 недели

022. В какие периоды развития ребенка наиболее активно идет созревание функциональных систем?

- а) в антенатальном периоде
- б) в зависимости от системы
- в) в постнатальном периоде

025. Какая система, отражая гетерохронность развития, развивается ускоренными темпами на третьем году жизни ребенка?

- а) сердечно-сосудистая система
- б) дыхательная система
- в) двигательная система
- г) пищеварительная система
- д) психика ребенка
- е) иммунная система

026. Какие процессы являются основой для развития функциональной патологии ребенка (исключите один ответ) ?

- а) акцелерация синхронная
- б) акцелерация асинхронная
- в) ретардация асинхронная
- г) ретардация синхронная

027. Укажите основные морфологические предпосылки для оптимального функционирования мозга ребенка

- а) миелинизация нервного волокна
- б) увеличение микроглии
- в) рост нервного волокна

030. Укажите предельное число малых аномалий развития, которое может встречаться у здоровых людей

- а) 1-2
- б) до 10
- в) 5-7
- г) не встречаются

031. Укажите возраст, для которого характерна в норме частота пульса 110-115 ударов в минуту

- а) новорожденный
- б) 1 год
- в) 2 года
- г) 5 лет

032. Укажите возраст, для которого характерна в норме частота пульса 135-140 ударов в минуту

- а) новорожденный
- б) 1 год
- в) 2 года
- г) 5 лет

033. Выберите средневозрастную норму частоты дыхания ребенка 3 лет

- а) 30-35 в минуту
- б) 40-60 в минуту
- в) 18-20 в минуту

034. Укажите правильный порядок исследования критериев здоровья (выберите нужный вариант)

- а) 1-установление диагноза 2-оценка физического развития 3-оценка резистентности 4-исследование функционального состояния 5-оценка нервно-психического развития 6-сбор анамнеза
- б) 1-оценка функционального состояния 2-оценка резистентности 3-оценка физического развития 4-оценка нервно-психического развития 5-сбор анамнеза 6- установление диагноза
- в) 1-сбор анамнеза 2-оценка физического развития 3-оценка нервно- психического развития 4-оценка резистентности 5-оценка функционального состояния 6-установление диагноза
- г) порядок не имеет значения

035. Укажите ведущие критерии для отнесения ребенка ко ПА группе здоровья

- а) наличия или отсутствие отклонений в онтогенезе
- б) уровень нервно-психического развития
- в) наличие или отсутствие хронических заболеваний
- г) наличие или отсутствие острых заболеваний

036. У ребенка 2 лет 10 месяцев отмечается благополучный социально-биологический анамнез; по физическому развитию - сниженная длина, дефицит массы тела I степени; по нервно-психическому развитию - III группа, I степень; острые заболевания отсутствуют в течение года; гемоглобин 115 г/л, снижен тургор тканей, укорочен

- дневной сон, повышена возбудимость во время бодрствования, нейродермит в стадии ремиссии. К какой группе здоровья Вы отнесете этого ребенка?
- а) к первой
 - б) ко второй
 - в) к третьей
 - г) к четвертой
037. По каким показателям определяется уровень резистентности организма ребенка?
- а) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - б) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - в) тяжестью острых заболеваний
 - г) длительностью и тяжестью заболеваний
038. Ребенок 1 года 7 месяцев. Детское учреждение не посещает, анамнез благополучный; физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрастной норме; 3 раза за последний год болел ОРЗ; уровень основных функций нормальный; при осмотре соматически здоров. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка?
- а) к первой
 - б) ко второй
 - в) ко второй А
039. Ребенок 2 лет 7 месяцев 3 раза за последний год болел ОРЗ. Как Вы оцените его резистентность?
- а) нормальная
 - б) сниженная
 - в) плохая
040. Ребенок 5 лет за последний год 5 раз болел ОРЗ. Оцените его резистентность
- а) низкая
 - б) нормальная
 - в) сниженная
 - г) очень низкая
041. В каком случае ребенка в возрасте 2 лет можно считать часто болеющим?
- а) острые заболевания в течение года отмечались 7 раз
 - б) обострения бронхиальной астмы наблюдались 2 раза в год и острые респираторные заболевания также 2 раза в год
 - в) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания 3 раза в течение года
 - г) у ребенка хронический отит с частыми обострениями
042. Выделите показатели компенсации функционального состояния организма при хроническом заболевании (исключите один)
- а) уровень физического развития
 - б) уровень резистентности
 - в) уровень нервно-психического развития
 - г) показатели функциональных проб
 - д) отсутствие обострений
043. Укажите критерии, обуславливающие состояние здоровья ребенка
- а) наличие хронических заболеваний и уровень основных функций
 - б) резистентность
 - в) уровень физического и нервно-психического развития
 - г) наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе
044. Выберите критерий, который является ведущим для отнесения ребенка к III группе здоровья
- а) уровень резистентности
 - б) уровень физического и нервно-психического развития
 - в) уровень функций и поведение
 - г) наличие или отсутствие хронических заболеваний
045. Выберите критерии для отнесения ребенка ко IIБ группе здоровья (исключите один)
- а) наличие хронических заболеваний
 - б) отклонения в физическом или нервно-психическом развитии
 - в) уровень резистентности
 - г) уровень основных функций и поведение
 - д) наличие отклонений в онтогенезе
046. При каком сочетании критериев Вы отнесете ребенка к III группе здоровья?
- а) неблагоприятный биологический анамнез; нормальное физическое развитие; нервно-психическое развитие - III группа, I степень; нормальная резистентность. Диагноз: хронический тонзиллит, компенсированная форма

- б) благополучный биологический анамнез; физическое развитие - сниженная длина, сниженная масса тела; нервно-психическое развитие - II группа; 5 острых респираторных заболеваний за последний год; отклонения в поведении в виде сниженного аппетита и укороченного сна; при осмотре видимых отклонений от нормы не выявлено
- в) неблагополучный биологический анамнез; нормальное физическое и нервно-психическое развитие; нормальная резистентность; уровень основных функций соответствует возрастной норме; соматически здоров
047. У ребенка 1 года 10 месяцев врожденный артрогриппоз; ранний анамнез неизвестен; нервно-психическое развитие соответствует возрасту; резистентность нормальная; уровень основных функций соответствует возрасту. К какой группе здоровья Вы отнесете этого ребенка?
- а) к третьей группе
б) к четвертой группе
в) ко второй группе
г) к пятой группе
048. Какой комплекс гимнастики следует назначить часто болеющему ребенку 1 года 3 месяцев с дефицитом массы тела?
- а) возрастной
б) соответствующий возрасту 10-14 месяцев
в) специальный лечебный
г) возрастной + лечебный
049. Укажите безусловные рефлексы, при наличии которых ребенку 3 месяцев можно назначить возрастной комплекс гимнастики и массажа
- а) рефлекс Бабинского
б) рефлекс Галанта
в) рефлекс Моро
г) рефлекс Ландау
050. Какие безусловные рефлексы используются при назначении физиологического комплекса гимнастики и массажа ребенку 3 месяцев
- а) рефлекс Бабинского
б) рефлекс Бауэра
в) рефлекс Галанта
г) все перечисленные
051. До какого возраста массаж является неотъемлемой частью воспитания здорового ребенка?
- а) до 6 месяцев
б) до 1 года
в) до 14 месяцев
г) до 10 месяцев
052. Определите главную задачу специальных занятий гимнастикой с детьми раннего возраста
- а) обеспечение созревания правильного качества движений
б) удовлетворение органической потребности в движении
в) приобретение различных двигательных "умений" (ходьба, лазание, метание)
г) воспитание чувства ритма
053. Слабость каких мышц можно предположить, если ребенок 8 месяцев не выполняет упражнения "присаживание из положения на спине, держась за кольца"?
- а) мышц живота
б) мышц ног
в) мышц спины
г) мышц рук
054. Ребенку 9 месяцев. Четыре раза переболел острыми респираторными инфекциями; физкультурой никогда не занимался. Какой комплекс упражнений Вы ему назначите?
- а) возрастной
б) на возраст ниже
в) ЛФК
г) пограничный
055. Основная физиологическая задача комплекса гимнастики и массажа N1
- а) ослабление тонуса сгибателей
б) улучшение тургора тканей
в) укрепление мышц живота и спины
г) усиление тонуса разгибателей
056. Продолжительность занятий гимнастикой в группе 3-го года жизни - 15 мин, на движения потрачено 12 мин. Ваши выводы о качестве занятия
- а) необходимо увеличить плотность

- б) необходимо уменьшить плотность
- в) занятие соответствует возрастным нормам
- г) необходимы дополнительные сведения

057. В каких случаях в гимнастический комплекс для здоровых детей раннего возраста можно включать упражнение "приседание из положения стоя"?

- а) по достижении 10 месяцев
- б) умение сидеть на корточках
- в) уравновешенный тонус сгибателей и разгибателей
- г) самостоятельная ходьба

058. В каком возрасте в занятия гимнастикой с детьми раннего возраста обязательно вводятся гимнастические пособия?

- а) с 6 месяцев
- б) на втором году
- в) с 4 месяцев
- г) с 10 месяцев

059. В каком возрасте в занятия гимнастикой и массажем с детьми раннего возраста обязательно вводятся упражнения под счет?

- а) с рождения
- б) с 6 месяцев
- в) с 4 месяцев
- г) с 12 месяцев

060. Какой массаж нужно проводить здоровым детям в возрасте 6 месяцев?

- а) массаж рук
- б) массаж спины, живота и стоп
- в) общий массаж
- г) массаж не нужен

061. Какая стадия сосудисто-двигательной реакции является нежелательной при проведении специальных закаливающих процедур?

- а) вазодилатации
- б) паретическое состояние
- в) вазоконстрикции
- г) игра вазомоторов

062. У ребенка в семейном анамнезе два родственника с ревматизмом. Какую методику закаливания Вы порекомендуете?

- а) любую методику по возрасту
- б) без снижения температуры
- в) с постепенным снижением температуры
- г) с исключением интенсивных методов

063. Какой из нижеперечисленных принципов закаливания имеет преимущественное значение при выборе закаливающей процедуры?

- а) постепенность
- б) наличие положительной эмоциональной реакции на процедуру
- в) учет возрастных и индивидуальных особенностей
- г) систематичность

064. Какой вид закаливания солнцем предпочтительнее проводить детям 2-го и 3-го года жизни?

- а) специальные солнечные ванны
- б) пребывание в "кружевной" тени деревьев
- в) малоподвижные кратковременные игры на освещенном солнцем участке
- г) закаливание солнцем не рекомендуется

065. Ребенку 2 года 6 месяцев. О чем свидетельствует такой показатель нервно-психического развития: "подбирает к образцу предметы 4 цветов" (исключите один ответ) ?

- а) о морфологическом и функциональном состоянии мозга
- б) о наличии в повседневной практике ребенка деятельности, обогащающей восприятие цвета
- в) об умении рисовать
- г) о специальных занятиях с ребенком по различию цветов

066. Что характерно для игры ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев?

- а) воспроизводит в игре разученные действия
- б) отображает в игре отдельные действия
- в) игра носит сюжетный характер
- г) наличие элементов ролевой игры

067. Выберите наиболее чувствительный и информативный показатель в диагностике нервно-психического развития ребенка 2 лет
- а) понимание речи соответствует 1 году 9 месяцам
 - б) активная речь соответствует 1 году 3 месяцам
 - в) сенсорное развитие соответствует 1 году 6 месяцам
 - г) развитие движений соответствует 2 годам
068. Какую часть перинатальной смертности обычно составляет ранняя неонатальная смертность?
- а) 30%
 - б) 40%
 - в) 50%
 - г) 60%
 - д) 70%
069. Какая часть младенческой смертности образуется за счет неонатальной смертности?
- а) 23-30%
 - б) 40-50%
 - в) 60-70%
 - г) 80-90%
070. Укажите, во сколько раз снижается частота смертности детей на втором году жизни в сравнении с первым
- а) в 2-3 раза
 - б) в 4-6 раз
 - в) в 7-8 раз
 - г) в 9-10 раз
071. Какая часть бюджетных финансирования здравоохранения должна отчисляться на медицинскую службу охраны материнства и детства?
- а) 10-20%
 - б) 30-40%
 - в) 50-60%
 - г) больше 60%
072. Какие источники финансирования здравоохранения не предусмотрены законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан?"
- а) бюджетное финансирование
 - б) обязательное страхование
 - в) добровольное страхование
 - г) благотворительные взносы (пожертвования)
073. При каком числе родившихся детей можно рассчитывать показатель младенческой смертности?
- а) 200
 - б) 400
 - в) 600
 - г) 800
 - д) 1000
 - е) 1200
074. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии зрительных функций ребенка в возрасте 1 месяца
- а) длительное зрительное сосредоточение на неподвижном предмете
 - б) зрительное сосредоточение на игрушке в вертикальном положении на руках у взрослого
 - в) плавное слежение за движущимся предметом
 - г) ступенчатое слежение
075. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии слуховых функций ребенка в возрасте 1 месяца
- а) вздрагивает и мигает при резком звуке
 - б) прислушивается к голосу взрослого
 - в) находит глазами невидимый источник звука
 - г) узнает голос матери
076. С какого возраста необходимы специальные занятия гимнастикой и массажем со здоровым ребенком?
- а) с рождения
 - б) здоровому ребенку не нужны
 - в) с полутора месяцев
 - г) с 2 месяцев
077. Определите основную задачу утренней гимнастики для детей раннего возраста
- а) удовлетворение естественной потребности в движении
 - б) воспитание качественного двигательного навыка

в) воспитание потребности в движении после сна

078. Какой из перечисленных приемов массажа относится к расслабляющему?

- а) поглаживание
- б) растирание
- в) разминание
- г) поколачивание

079. Выберите абсолютное показание к назначению возрастного физиологического комплекса гимнастики и массажа ребенку 6 месяцев

- а) нормальное физическое развитие
- б) угасание безусловных рефлексов
- в) отсутствие отклонений в раннем онтогенезе
- г) нормальные показатели нервно-психического развития

080. По каким линиям развития можно сделать заключение о развитии ребенка 3 месяцев (укажите один неправильный ответ) ?

- а) развитие зрительных ориентировочных реакций
- б) развитие эмоционально-положительных реакций
- в) развитие общих движений
- г) развитие движений рук (умение брать игрушку)

081. Выберите показатели нормального развития ребенка 1 месяца (исключите один ответ)

- а) слежение взглядом за движущимся предметом
- б) зрительное сосредоточение
- в) слуховое сосредоточение
- г) появление улыбки в ответ на общение
- д) приподнимание головы, лежа на животе

082. Укажите показатель, не относящийся к характеристике нормального развития ребенка 3 месяцев (психомоторное развитие)

- а) упор ног
- б) длительное лежание на животе с опорой на предплечьях обеих рук и с высоко поднятой головой
- в) комплекс оживления
- г) певучее гуление

083. Выберите линии развития, знание которых необходимо педиатру для заключения о состоянии здоровья ребенка 5 месяцев (выберите один неправильный ответ)

- а) зрительные и слуховые ориентировочные реакции
- б) речь активная
- в) навыки
- г) движения руки
- д) движения общие
- е) понимание речи

084. Укажите, по каким линиям можно сделать заключение о нервно-психическом развитии ребенка 7 месяцев (выберите один неправильный ответ)

- а) движения общие
- б) действия с предметами
- в) понимание речи
- г) речь активная
- д) навыки
- е) зрительные и слуховые реакции

085. Выберите показатель, который является ведущим в воспитании двигательной сферы ребенка 7 месяцев

- а) умение садиться
- б) сидение
- в) ползание
- г) умение вставать

086. Укажите, какое назначение ребенку 2 месяцев с нормальным нервно-психическим развитием можно считать не соответствующим возрасту

- а) укреплять упор ног
- б) учить брать игрушку из рук взрослого
- в) развивать умение удерживать голову, лежа на животе
- г) развивать "комплекс оживления"

087. Какие сведения о нервно-психическом развитии ребенка 12 месяцев необходимы врачу для оценки состояния здоровья? Выберите правильное сочетание линий развития

- а) анализатор зрительный, анализатор слуховой, эмоциональные реакции, активная речь, понимание речи, движение руки
- б) движения общие, понимание речи, активная речь
- в) сенсорное развитие, понимание речи, активная речь, игра, движения общие, навыки
- г) движения общие, понимаемая речь, активная речь, действия с предметами, навыки

088. При обследовании нервно-психического развития ребенка 2 месяцев выявлено: эмоциональные реакции - в ответ на общение быстро отвечает улыбкой; движения общие - длительно лежит на животе, опираясь на предплечья, высоко подняв голову; при поддержке подмышки опирается на ножки, выпрямленные в коленных суставах; удерживает голову в вертикальном положении на руках у взрослого; речевые реакции - во время бодрствования гулит; зрительные ориентировочные реакции - длительно следит за движущимся предметом, смотрит на игрушки, находясь в вертикальном положении; слуховые ориентировочные реакции - при сильном звуке ищет его источник. Оцените нервно-психическое развитие

- а) нормальное
- б) опережение
- в) отставание
- г) мозаичное

089. Выберите самый правильный вариант тактики назначений ребенку 12 месяцев (обратился впервые), если при проверке НПР выяснилось, что у него: речь активная соответствует 12 мес, понимание речи - 12 мес, движения общие - 7 мес, навыки - 8 мес, сенсорное развитие - 15 мес. У ребенка преобладает положительное эмоциональное состояние, аппетит хороший, днем засыпает долго и просыпается рано, ночной сон спокойный и продолжительный

- а) необходима консультация невропатолога
- б) дать возрастные рекомендации
- в) дать назначения дифференцированно, в соответствии с уровнем развития по каждому показателю

090. Ребенку 12 месяцев. Выберите линию развития, свидетельствующую о норме, если он: ползает, встает и стоит, держась, садится и сидит, катает, снимает, но не нанизывает, не вкладывает предметы один в другой, выполняет поручения и просьбы взрослого, понимает слово "нельзя", различает предметы по форме, обобщает названия предметов в понимаемой речи, говорит "мама", пьет из чашки, но не придерживает ее. Линия развития, соответствующая возрасту

- а) речь активная
- б) понимание речи
- в) сенсорное развитие
- г) движения общие
- д) действия с предметами
- е) навыки

091. Тот же ребенок. Выберите линию развития, свидетельствующую об опережении

- а) речь активная
- б) понимание речи
- в) сенсорное развитие
- г) движения общие
- д) действия с предметами
- е) навыки

092. Тот же ребенок. Выберите линии развития, свидетельствующие об отставании

- а) речь активная
- б) понимание речи
- в) сенсорное развитие
- г) движения общие
- д) действия с предметами
- е) навыки

093. Детей-реконвалесцентов после перенесенных ОРЗ и гриппа

- а) освобождают на 1 неделю от физкультурных занятий
- б) освобождают на 2 недели от физкультурных занятий
- в) допускают к физкультурным занятиям без ограничения физической нагрузки
- г) допускают к физкультурным занятиям с ограничением физической нагрузки

094. Наиболее желательный прирост пульса в основной части урока по физической культуре по отношению к его исходной величине для детей основной медицинской группы

- а) свыше 100%
- б) 80-100%
- в) 50-80%
- г) 30-50%

095. Моторная плотность урока физической культуры для учащихся общеобразовательной школы, отнесенных по состоянию здоровья к основной медицинской группе, должна составлять

- а) 40-50%

- б) 50-60%
- в) 60-80%
- г) 80-90%

096. Длительное стояние детей на "линейке" в школе и в других случаях прежде всего нецелесообразно потому, что это может быть причиной
- а) опущения почек
 - б) возможности ортостатических обмороков
 - в) гастроптоза
 - г) нагрузки на позвоночник
097. Перед назначением плавания грудному ребенку обязательны нижеперечисленные исследования, кроме
- а) подсчета числа сердечных сокращений
 - б) анализа мочи
 - в) рентгенографии грудной клетки
 - г) анализа крови
 - д) ЭКГ
098. Для оптимальных формирований новых навыков и умений у ребенка раннего возраста наиболее существенными условиями являются все нижеперечисленные, кроме
- а) состояния здоровья ребенка
 - б) состояния возбудимости подкорковых центров
 - в) количества задействованных анализаторов
 - г) состояния возбудимости коры
 - д) четкого следования возрастным методическим рекомендациям
099. Заниматься асанами по системе хатха-йоги запрещено
- а) через 2-2,5 часа после еды
 - б) непосредственно после еды
 - в) после сна
 - г) после водных процедур
100. Согласно системе хатха-йоги детям до 12 лет запрещено заниматься
- а) асанами (физическими позами)
 - б) мудрами, кроме йога-мудры, упражнениями с воздействием на эндокринные железы
 - в) пранаямой (дыхательными упражнениями)
 - г) релаксацией
101. Выберите преимущественную методику специального закаливания для часто болеющего ребенка 3 лет, в генеалогическом анамнезе у которого три родственника с гипертонической болезнью и один с сахарным диабетом
- а) интенсивное закаливание
 - б) испарительное закаливание
 - в) контрастный метод
 - г) постепенное снижение температуры
102. Выберите основной признак, не свидетельствующий о необходимости перевода ребенка на режим более старшего возраста
- а) возраст ребенка
 - б) длительное засыпание при укладывании на дневной сон
 - в) раннее пробуждение после ночного сна и дневного сна
 - г) активность в конце бодрствования
103. К какому возрасту завершается процесс доминантности руки?
- а) к 3 годам
 - б) к 5 годам
 - в) к 7 годам
 - г) к 11 годам
104. Какие особенности поведения характерны для леворуких детей?
- а) "зеркальное" мышление
 - б) недостаточность зрительно-пространственной ориентировки
 - в) повышенная эмоциональность, высокий уровень тревожности, затруднения в планировании своего поведения
 - г) выраженная агрессивность
 - д) сниженный интеллект
105. Нужно ли переучивать леворукого ребенка на праворукие действия (исключите один неправильный ответ) ?
- а) насильственное переучивание противопоказано
 - б) до 6 лет можно переучивать, а в 7 лет попытки прекратить
 - в) до 5 лет допускаются осторожные попытки обучения ребенка праворуким действиям без какого-либо нажима, диктата, окрика

106. Через какое время при соответствующих воздействиях может восстановиться дефицит массы тела у ребенка с гипотрофией II степени?
- а) через 2 месяца
 - б) через 5-6 месяцев
 - в) через 8 месяцев
 - г) через 12 месяцев
107. Исключите реакцию, не характерную для функциональных проб, у физически неподготовленных детей
- а) нормостеническая
 - б) астеническая
 - в) дистоническая
108. Классический синдром переносимости новорожденного не включает
- а) мацерации кожи в области стоп и ладоней
 - б) отсутствие казеозной смазки
 - в) удлинение ногтей
 - г) отек подкожной клетчатки
109. Данные скринингового исследования физического развития: длина - 50-й центиль; масса - 75-й центиль. Оцените физическое развитие
- а) нормальное
 - б) отклонение в физическом развитии
 - в) избыток массы
110. У ребенка при антропометрии выявлен низкий рост. В каких случаях из нижеперечисленных можно предположить конституциональные особенности роста, если соматической патологии не выявлено?
- а) низкий рост родителей
 - б) ребенок принадлежит по национальному признаку к низкорослой группе населения
 - в) ребенок проживает в зоне обитания низкорослой группы населения
 - г) необходимо заключение специалиста
 - д) необходимы сведения о темпах физического развития с рождения
111. Ребенку 11 месяцев. При очередном посещении врача выявлена дисгармония физического развития в виде избытка массы тела I степени. Какие рекомендации должен дать педиатр в первую очередь, если в анамнезе у ребенка есть факторы риска ожирения?
- а) ревизия питания
 - б) консультация эндокринолога
 - в) ограничение углеводов
 - г) повторное взвешивание
112. У ребенка 3 лет с перинатальной энцефалопатией в анамнезе впервые выявлен низкий рост (до 3-го центиля). Масса тела соответствует длине. К какому специалисту Вы направите ребенка в первую очередь?
- а) эндокринологу
 - б) невропатологу
 - в) ортопеду
113. Ребенку 1 месяц от рождения. Посещает бассейн. Ни разу не болел. К какой группе Вы отнесете данного ребенка при выборе средств и методики закаливания?
- а) к первой
 - б) ко второй
 - в) к третьей
114. Укажите основное преимущество применения лекарственных растений перед синтетическими стимуляторами при коррекции ранних отклонений в состоянии здоровья (выберите один ответ)
- а) мягкость действия
 - б) меньшая токсичность
 - в) широкий спектр действия
 - г) отсутствие привыкания
115. Укажите, в каком состоянии лучше сохраняются свойства лекарственных растений
- а) настои
 - б) отвары
 - в) экстракты
 - г) не имеет значения
116. Из набора лекарственных трав выберите растение, улучшающее вкус любого травяного сбора
- а) одуванчик
 - б) пустырник
 - в) мята

г) зверобой

117. Перед Вами набор лекарственных трав. Выберите траву, относящуюся к горечам

- а) мать-и-мачеха
- б) пустырник
- в) мята
- г) зверобой

118. Укажите возрастной период, в котором преобладают процессы накопления массы тела

- а) грудной возраст
- б) дошкольный возраст
- в) дошкольный возраст
- г) школьный возраст

119. У ребенка сниженная длина тела. Масса абсолютно соответствует длине. К какой группе здоровья Вы отнесете данного ребенка?

- а) к первой
- б) ко второй
- в) к третьей
- г) к четвертой

120. Биологический возраст ребенка в возрасте 6 лет с нормальной массой тела, прибавкой длины за год на 5 см, одним постоянным зубом оценивается как

- а) опережение возраста
- б) отставание от возраста
- в) соответствие возрасту

121. У ребенка 1 года 1 месяца выявлена нейросенсорная глухота. Физическое развитие нормальное; нервно-психическое развитие соответствует возрасту по всем параметрам, кроме характеризующих речь. К какой группе здоровья Вы отнесете данного ребенка?

- а) к третьей
- б) ко второй
- в) к четвертой
- г) к пятой

122. Укажите параметр, не относящийся к социальному анамнезу

- а) полнота семьи
- б) жилищно-бытовые и санитарно-гигиенические условия
- в) пребывание родителей в очагах заболевания
- г) психологический климат семьи

123. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна

- а) большая масса тела
- б) гипогликемия
- в) высокая частота респираторных расстройств
- г) высокая частота пороков развития

124. При каких значениях индекса отягощенности генеалогического анамнеза можно говорить о неблагоприятном прогнозе состояния здоровья?

- а) 0. 2-0. 5
- б) 0. 5-0. 7
- в) 0. 7 и выше
- г) генеалогический анамнез не имеет значения для прогноза

125. Укажите, какие сведения из анамнеза особенно важны для прогноза частой заболеваемости ребенка раннего возраста (укажите неправильный ответ)

- а) перинатальные осложнения
- б) профвредности матери
- в) раннее искусственное вскармливание
- г) аллергические заболевания у родственников

126. Укажите линии развития, по которым можно сделать заключение о нервно-психическом развитии ребенка в возрасте 1 месяца (выберите один неправильный ответ)

- а) состояние зрительных функций
- б) состояние слуховых функций
- в) движения
- г) эмоциональные реакции
- д) понимание речи

127. Выберите линию развития, которая не характеризует нервно-психическое развитие новорожденного

- а) зрительные ориентировочные реакции
- б) слуховые ориентировочные реакции
- в) развитие движений

128. Какие факторы не оказывают преимущественного влияния на исход адаптации ребенка раннего возраста к дошкольному учреждению?

- а) опыт совместной игровой деятельности со взрослым
- б) отсутствие отрицательных привычек
- в) наличие опыта общения со сверстниками

129. Ребенку 4 года и 3 месяца. Соматически здоров. Имеет задержку речевого и сенсорного развития. Биологический анамнез благополучный. Семья материально обеспечена. Образование матери 8 классов. В семье еще 2 детей в возрасте 21 и 36 месяцев. По заключениям специалистов ребенок здоров. Что можно порекомендовать для улучшения развития данного ребенка?

- а) специальные занятия в домашних условиях
- б) направить в дошкольное учреждение
- в) специальный логопедический сад
- г) предоставить все естественному ходу развития

130. Когда следует впервые проводить определение готовности ребенка к обучению в школе?

- а) с 3 лет
- б) с 5 лет
- в) с 6 лет
- г) с 7 лет

131. При каких обстоятельствах не рекомендуется поступление ребенка в школу с 6-летнего возраста?

- а) наличие гипертрофии миндалин
- б) наличие непрогрессирующей миопии слабой степени
- в) асимметрии плечевого пояса
- г) более 4 респираторных заболеваний в прошедшем году

132. Выберите ведущие симптомы острой стадии адаптации ребенка к дошкольному учреждению (исключите один)

- а) избирательный аппетит
- б) медленное засыпание
- в) холодная кожа с мраморным оттенком
- г) учащенные мочеиспускания
- д) отрицательная эмоциональная реакция при расставании с матерью

133. В какие сроки целесообразно проводить специфическую профилактику интерфероном для снижения острой заболеваемости ребенка в период адаптации к новым условиям?

- а) с момента поступления в детский сад в течение первого месяца
- б) за два месяца до поступления
- в) за месяц до поступления
- г) профилактика не нужна

134. Выберите ведущий показатель, говорящий о завершении адаптации ребенка к детскому учреждению

- а) нормализация сна
- б) нормализация аппетита
- в) общение со взрослыми
- г) общение с детьми

135. Какие исследования необязательны для скрининговой диагностики леворукости?

- а) определение ведущей руки с помощью батареи тестов, включающих выполнение различных повседневных действий в быту, игре, учебе
- б) выявление ведущего глаза и уха
- в) моторные пробы
- г) обследование у невропатолога

136. Как изменилось в последнее время число леворуких детей в популяции?

- а) количество леворуких уменьшилось
- б) число леворуких неуклонно растет
- в) количество леворуких является постоянным на протяжении нескольких десятилетий

137. Укажите основные причины леворукости детей

- а) органическое поражение ЦНС
- б) индивидуально-психологические особенности развития ребенка
- в) особенности воспитания и обучения ребенка

138. Выберите медицинские критерии готовности ребенка к поступлению в школу (исключите один)

- а) уровень биологического возраста

- б) уровень школьной зрелости
- в) уровень резистентности

139. Выберите психолого-педагогические критерии готовности ребенка к поступлению в школу (укажите неправильный ответ)

- а) уровень школьной зрелости
- б) уровень состояния здоровья
- в) качество усвоения программы детского сада

140. Ребенок 6. 5 лет. Готовится к поступлению в школу. Имеет отставание биологического возраста. Уровень школьной зрелости - 10 баллов. Плохо справляется с программой детского сада. Уровень резистентности высокий. Группа здоровья - II. К какому уровню готовности Вы его отнесете?

- а) готов к обучению в школе
- б) условно готов к обучению в школе
- в) не готов к обучению в школе

141. Ребенку 6 лет. Готовится к обучению в школе. Биологический возраст соответствует паспортному. С программой детского сада справляется с определенными трудностями. Уровень школьной зрелости - 6-7 баллов. Резистентность низкая. Группа здоровья - III. К какому уровню готовности Вы его отнесете?

- а) готов к обучению в школе
- б) не готов к обучению в школе
- в) условно готов к обучению в школе

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 001-В | 002-Б | 003-Г | 004-Г | 005-В | 006-В | 007-В |
| 008-А | 009-Б | 010-Г | 011-Г | 012-Г | 013-А | 014-А |
| 015-Г | 016-В | 017-Г | 018-Б | 019-Б | 020-Г | 021-Г |
| 022-Б | 025-Д | 026-А | 027-В | 030-В | 031-В | 032-А |
| 033-Б | 034-В | 035-А | 036-Г | 037-А | 038-А | 039-А |
| 040-В | 041-А | 042-А | 043-Г | 044-Г | 045-А | 046-А |
| 047-Г | 048-Г | 049-Г | 050-Г | 051-В | 052-А | 053-Г |
| 054-Г | 055-А | 056-Г | 057-Б | 058-А | 059-В | 060-Б |
| 061-Б | 062-Г | 063-В | 064-В | 065-В | 066-Б | 067-Б |
| 068-В | 069-В | 070-Г | 071-Б | 072-Г | 073-Д | 074-В |
| 075-Б | 076-В | 077-В | 078-А | 079-Б | 080-Г | 081-Б |
| 082-Г | 083-Е | 084-Е | 085-В | 086-Б | 087-Г | 088-Б |
| 089-В | 090-Б | 091-В | 092-Г | 093-Г | 094-В | 095-В |
| 096-Б | 097-В | 098-Д | 099-Б | 100-Б | 101-Г | 102-В |
| 103-Б | 104-В | 105-Б | 106-Б | 107-А | 108-Г | 109-А |
| 110-Б | 111-Б | 112-А | 113-А | 114-Г | 115-В | 116-В |
| 117-Б | 118-А | 119-Б | 120-Б | 121-Г | 122-В | 123-А |
| 124-В | 125-А | 126-Д | 127-В | 128-Б | 129-Б | 130-Б |
| 131-Г | 132-А | 133-Б | 134-Г | 135-Г | 136-Б | 137-Б |
| 138-Б | 139-Б | 140-В | 141-Б | | | |

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку Сергею К. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты № 113 известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. 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 ребёнка O (I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой – 280

мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная. Лечение: р-р магнeзии в/м, фенобарбитал, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы – 350 г.

При осмотре мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Энфамилом. Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см., не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см., селезёнка – у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью зелени. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Как протекает период адаптации?
4. Укажите факторы и группы риска, их направленность.
5. Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности?
6. Каково происхождение желтухи в данном случае, механизмы её развития?
7. Какую патологию позволяют исключить прямая и непрямая пробы Кумбса?
8. Имело ли смысл проводить фототерапию данному ребёнку в роддоме?
9. Причины определения уровня билирубина в сыворотке крови в роддоме?
10. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке.
11. Какие советы Вы должны дать матери ребёнка?
12. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.

ЗАДАЧА 2

Девочке Валентине И. 4,5 мес. с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2-ой день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38⁰, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела 37,8⁰. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Нуждается ли ребёнок в осмотре врачами-специалистами?
4. Как объяснить матери данную ситуацию?
5. В чём заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
6. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.

7. Каковы показания к снятию вакцины из употребления?
8. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС и полиомиелита?
9. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
10. Можно ли считать курс вакцинации данного ребёнка против дифтерии и столбняка законченным?
11. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
12. Какова разница патогенеза между инфекционным и поствакцинальным процессом?
13. Существует ли экстренная иммунизация против коклюша?

ЗАДАЧА 3

Во время репетиции школьного хора девочка Анастасия П. 8 лет стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание.

Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль. На диспансерном учёте не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко.

Срочно был вызван школьный врач. При осмотре девочка без сознания. Температура тела – 36,3°C. Кожные покровы бледные, холодный пот. Слизистые чистые, бледные. Дыхание поверхностное, с частотой 20 в минуту. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены. Верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 в мин. АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Неврологический статус: анизокория (мидриаз слева), положительный рефлекс Бабинского справа, симптомы Брудзинского, Кернига отрицательные.

ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
3. Какие действия должен предпринять школьный врач?
4. Неотложные мероприятия и тактика бригады «Скорой помощи».
5. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
6. Какие исследования необходимо провести ребенку.
7. Каковы причины и патогенез развития данного состояния?
8. Охарактеризуйте клиническую картину острого периода черепно-мозговой травмы.
9. В каких рекомендациях нуждается ребёнок и родители?
10. План дальнейшего наблюдения за ребёнком.
11. Каковы подходы к реабилитации данного ребенка на педиатрическом участке?
12. Прогноз данного заболевания?

ЗАДАЧА

Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила у Маши К. 4 года. 3 мес. сыпь на шее.

Со слов матери ребенка у брата (посещает 2 класс школы) в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводила сама (полоскание горла раствором фурацилина, теплое молоко). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.

Девочка осмотрена врачом детского сада. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей.

Состояние средней тяжести; термометрия – 37,8°C. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей.

Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемизированном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (шея, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемизированы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 100 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз. Перечислите опорно-диагностические признаки, позволившие поставить диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Нуждается ли этот ребенок в экстренной госпитализации? Назовите показания к госпитализации.
4. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада необходимые при этом инфекционном заболевании.
5. Какие документы необходимо оформить медицинскому персоналу детского дошкольного учреждения по поводу этого случая заболевания?
6. Какую информацию должен передать медицинский работник детского дошкольного учреждения в детскую поликлинику по поводу выявленного случая заболевания?
7. Сроки проведения карантинных мероприятий в детском дошкольном учреждении.
8. Проводится ли заключительная дезинфекция в групповых помещениях при этом заболевании?
9. Принципы лечения ребенка в амбулаторных условиях.
10. Какие обследования, в какие сроки необходимо провести ребенку в период реконвалесценции этого заболевания?
11. Назовите возможные осложнения (ранние и поздние) этого заболевания.
12. Сроки выписки ребенка в детское дошкольное учреждение.

ЗАДАЧА 4

У девочки Натальи Г. 9 лет при диспансеризации в школе – отставание в физическом развитии, АД – 125/90 мм рт. ст. Бледность, сухость кожных покровов, сниженный аппетит.

Глазное дно – ангиопатия сетчатки. В анализе крови количество эритроцитов – $2,5 \cdot 10^{12}$, Hb до 80 г/л, СОЭ – 57 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность – 1009, белок – 0,066г/л, лейкоциты до 25-30, а Ег – 2-3 в п/зр . Выявлена патологическая бактериурия, из мочи высеяна палочка протей (до 200 тыс. микробных тел в мл). При расспросе девочки выяснено, что в течение ряда лет у нее наблюдались периодические боли в животе и в области поясницы, по поводу которых никогда не обследовалась. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Мочеиспускания редкие. В поликлинике проведено обследование. Колебания относительной плотности мочи при анализе пробы Зимницкого в пределах 1004-1011. Клиренс эндогенного креатинина – 65 мл/мин. При ультразвуковом исследовании почек выявлена атония мочеточников, уменьшенные в размерах почки с неровным бугристым контуром, расширение лоханочного сигнала левой почки – 26 мм, правой – 38 мм, с уплотненными стенками и огрублением форниксов, повышенная экзогенность паренхимы, ротация и повышенная подвижность правой почки.

ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз заболевания? Методы верификации?
2. Давность заболевания? Причины неманифестного течения?
3. Чем обусловлено отставание в физическом развитии?
4. Проявлением чего является ангиопатия сетчатки?
5. Объясните изменения анализа крови у этого ребенка?
6. Причины протеинурии? Пробы для определения ее характера?
7. Какое значение имеет тип лейкоцитурии? Предположите морфологию лейкоцитов у этого пациента?
8. С чем может быть связана микрогематурия?
9. Охарактеризуйте состояние почечных функций?
10. Тактика ведения данного больного?
11. Нуждается ли девочка в диспансерном наблюдении, если да, то как долго и по какой группе здоровья?
12. Особенности вакцинопрофилактики?
13. Прогноз течения данного заболевания у девочки?

ЗАДАЧА 5

Девочка Екатерина А. 6-и лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребёнком посетили цирк. На следующий день – температура до $37,5^{\circ}$, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день девочка выписана в детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до $38,5^{\circ}$, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, лёгкая гиперемия конъюнктивы. На неизменённом фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулёзная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отёчные с наложениями жёлтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны лёгких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Следует ли подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
4. Нуждается ли ребёнок в дополнительном обследовании?
5. Назначьте лечение.
6. Тактика ведения ребёнка на дому.
7. Какие лечебно-оздоровительные мероприятия следует провести данному ребёнку, после его выписки, в детском саду?
8. Дайте клиническое описание коревой сыпи.
9. Перечислите осложнения, возникающие после введения коревой вакцины.
10. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно вводить другие вакцины?
11. Какие другие виды вакцин можно вводить ребёнку одновременно с коревой?
12. Показана ли данному ребёнку госпитализация?
13. Наиболее вероятный возбудитель заболевания, его основные характеристики?

ЗАДАЧА 6

К мальчику Федору Р. 3-х лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение 2-х дней двусторонней пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи. В анамнезе никаких аллергических реакций не наблюдалось. В возрасте 2-х лет ребёнок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

На момент осмотра ребёнок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднён выдох. Частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно- звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 в минуту. АД – 60/20 мм. рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см. из под края рёберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Какие типы гиперчувствительности организма Вы знаете? Приведите примеры.
6. Ведущий патологический синдром, определяющий особенности данного случая.
7. Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии.
8. Какие виды трансфузионных растворов не рекомендуется применять в данном случае?
9. Как Вы будите дозировать скорость введения противошоковых растворов в данном случае? Сколько капель в 1,0 мл?

10. Какие мероприятия необходимо провести на месте развития данного осложнения до прибытия врача?
11. Какие возможны пути поступления аллергена в организм?
12. Что такое идиосинкразия?
13. Какие рекомендации следует дать родителям ребёнка?

ЗАДАЧА 7

Вызов к мальчику Анатолию Ш. 2-х лет с жалобами на повышение температуры до 37,3° и припухлости около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до неё переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенёс нормально.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Необходим ли осмотр оториноларинголога, его цель?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка?
5. Назначьте лечение.
6. Какова возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
7. Показания к экстренной иммунизации против паротита.
8. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от других прививок?
9. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.
10. Показана ли госпитализация данного ребёнка?
11. Может ли данный ребёнок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?
12. С какими другими вакцинами совместима прививка против эпидемического паротита?

ЗАДАЧА 8

Бригада «Скорой помощи» вызвана к девочке Фаине Д. 3-х лет.

Ребенок, оставленный без присмотра матери, опрокинул на себя кипящее масло с плиты. Мать вызвала скорую помощь, которая прибыла через 10 минут.

При осмотре: ребёнок в сознании, психомоторное возбуждение, крик.

На коже лица, шеи и правой руки небольшие участки гиперемии. Местами отмечается гибель эпидермиса с образованием пузырей.

Частота дыхания – 26 в минуту. Пульс хорошего наполнения и напряжения с частотой 120 в минуту. АД 100/50.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Показана ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки?
5. Вероятные осложнения и их профилактика у данной пациентки?
6. «Правило девятки» – определение. Для чего применяется?
7. Особенности течения данного вида повреждения кожи у детей.
8. Развитие ожогового шока в зависимости от площади поражения кожи и возраста ребёнка?
9. Особенности обезболивания в зависимости от тяжести ожога и ожогового шока.
10. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данной пациентки.
11. При какой степени тяжести ожогового шока на догоспитальном этапе начинают трансфузионную терапию?
12. Рекомендации для родителей по оказанию первой помощи при термических ожогах у детей до прибытия медработников.

ЗАДАЧА 9

Вызов врача неотложной помощи в 4 часа утра к мальчику Владиславу Ю. 4-х лет. Жалобы повышение температуры до 38,5° С, насморк, лающий кашель, осиплость голоса, затруднённое, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

До настоящего времени ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1.5 года перенёс обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учёте не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре ребёнок возбуждён. Кожа чистая, горячая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Нёбные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 35 в минуту. ЧСС – 126 уд. в мин., АД – 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см. из под края рёберной дуги.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Неотложная помощь.
4. Показания к назначению глюкокортикоидов.
5. Показано ли проведение коникотомии?
6. Дальнейшая тактика врача.
7. Нуждается ли ребенок в госпитализации? Если да, то каковы условия транспортировки?
8. Патогенез. Наиболее вероятная этиология.
9. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.

10. Какие морфологические и функциональные особенности детского организма способствуют развитию данного заболевания?
11. Какие осложнения угрожают ребёнку?
12. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?

ЗАДАЧА 10

Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику Олегу В. 6 лет, вынесенного спасателем из горящей квартиры.

При осмотре: общее состояние тяжёлое, ребёнок без сознания. Оценка комы по шкале Глазго 8 баллов. Эритема кожных покровов, вишнёвая окраска слизистых. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Одышка смешанного характера: при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над лёгкими, над всеми лёгочными полями выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 140 в минуту. АД – 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Возможные осложнения.
6. Какие методы искусственной вентиляции лёгких вы знаете?
7. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
8. Ведущий патологический синдром, определяющий возможные осложнения на последующих этапах лечения.
9. Профилактика токсического отёка лёгких у данного пациента.
10. Какова первая реакция организма ребёнка на ингаляцию горячего воздуха и продуктов горения?
11. Укажите ведущее лечебное мероприятие при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе.
12. Каков прогноз для жизни и здоровья ребёнка?

ЗАДАЧА 11

Новорожденная девочка Алина А. поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней.

Ребёнок от II беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные атопические заболевания. Роды срочные, путём Кесарева сечения, оценка по Апгар – 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г., длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30-40 мин., срыгивала.

Ребёнок на естественном вскармливании. Сосёт вяло, с перерывами, необильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание

пузырьное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см., селезёнка не пальпируется. Стул 5 раз в день, жёлтый, кашицеобразный.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. По какой группе здоровья будет наблюдаться ребёнок?
3. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность.
4. Какое влияние на плод оказывает вентолин?
5. Составьте план диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.
6. Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и анальгезия при родоразрешении путём Кесарева сечения?
7. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?
8. Оцените массо-ростовой коэффициент при рождении у данного ребёнка.
9. Какие критерии используются для диагностики пренатального расстройства питания у доношенных новорожденных?
10. Какие советы по питанию необходимо дать матери ребёнка?
11. Были ли противопоказания для вакцинации БЦЖ в роддоме?
12. Календарь профилактических прививок у данного ребенка.

ЗАДАЧА 12

Вызов реанимационной бригады службы «Скорой помощи» на дорожно-транспортное происшествие. Мальчик Вадим Н. 9 лет сбит автомашиной при переходе улицы.

При осмотре: общее состояние крайне тяжёлое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости. Выраженная деформация 6-7-8 рёбер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в минуту. При аускультации лёгких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 140 в минуту. АД – 70/20 мм. Рт. ст. Живот несколько напряжён, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Какую диагностическую процедуру необходимо провести незамедлительно?
4. Дальнейшая тактика.
5. Условия транспортировки.
6. Виды и критерии оценки степени тяжести шока.
7. Ведущие патогенетические механизмы шока у данного пациента и отличия в экстренной терапии в зависимости от тяжести шока.
8. Противопоказания для применения наркотических анальгетиков при данном виде шока у детей?
9. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжести состояния у данного пациента.

10. Сколько капель в 1,0 мл? Каким образом Вы будете определять необходимую скорость вливания противошоковых растворов?
11. Ваша тактика при остановке машины во время транспортировки данного пациента для оказания помощи другому больному?
12. Прогноз для жизни и здоровья ребёнка?

ЗАДАЧА 13

Мать с девочкой Яной З. 3-х месяцев пришла на профилактический приём к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом II-й половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г., длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 мес., далее смесь «Агу-1». Прибавка в массе тела за 3 мес. – 2100г. В возрасте 2,5 мес. перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. из под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

В анализе мочи: рН – слабо кислая, белок 0,033 г/л, лейкоциты –1-3 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, цп – 0,85, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, б-1%, э-3%, п-2%, с-32%, л-58%, м-4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (N 24-33 пг)

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
4. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли ребенок в лечении?
6. Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
7. Как контролировать эффективность лечения?
8. Нуждается ли ребенок в коррекции питания?
9. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-м году жизни.
10. Когда следует проводить вакцинацию? Есть ли противопоказания?
11. Какое влияние окажет данное состояние на заболеваемость ребёнка?
12. Биологическое значение гемоглобина в организме, его свойства.

ЗАДАЧА 14

Мальчик Тимофей М. 3-х лет, предположительно за 60 минут до прибытия машины «Скорой помощи», съел неизвестное количество таблеток. Родители обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребёнка, вызвали скорую помощь.

Бабушка ребёнка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин.

В момент осмотра общее состояние тяжёлое. Сомнолентность, оценка по шкале Глазго 10 баллов. Зрачки сужены.

Периодически судороги, с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне лёгочного дыхания выслушиваются небольшое количество хрипов проводного характера.

Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 в минуту. АД – 70/20 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень + 1 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Не мочился.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. К каким фармакологическим группам относятся нифедипин? Их действие.
6. Что такое шкала Глазго? Для чего она применяется?
7. В связи с чем у пациента наблюдается затруднение носового дыхания?
8. Приём, какого количества таблеток данных препаратов потенциально смертельно в данном возрасте?
9. Через какое время возможно развитие острой почечной недостаточности у данного пациента? Механизм.
10. Возможно ли проведение методики форсированного диуреза для удаления всосавшегося яда у данного пациента на догоспитальном этапе?
11. Возможные последствия для жизни и здоровья ребёнка.
12. Рекомендации родителям.

ЗАДАЧА 15

Мать с мальчиком Георгием Ф. 5 мес. пришла на очередной профилактический приём к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г., длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь «АГУ-1». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д₂ с 2-х месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана I прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на приём к врачу не явились.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные «чётки». Большой родничок 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. На коже стойкий красный дермографизм. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны

сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в мин. Живот большой распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см., селезёнка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию?
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типична при данном заболевании?
7. Фосфорно-кальциевый обмен в норме и при данном заболевании.
8. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
9. Какие дефекты ведения ребёнка имели место?
10. Можно ли проводить вакцинацию?
11. Назначьте лечение. Выпишите рецепт.

ЗАДАЧА 16

Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику Александру Д. 15 лет. При самостоятельном спуске с горы зимой получил травму ноги, в связи с чем ночь провёл вне лыжной базы. Найдено спасателями утром.

При осмотре резко заторможен. Температура тела – 32°C. Кожные покровы и слизистые бледные. Мышечная дрожь. Одышка. Частота дыхания 36 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 120 в минуту. АД – 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. Деформация и гематома в нижней трети правой голени. Отёк и затвердение тканей в области обеих ступней с потерей чувствительности.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Какие изменения происходят в тканях при данном состоянии?
6. Совокупность каких климатических факторов способствует снижению температуры тела ниже нормы.
7. Изменение каких систем и поражение каких органов следует ожидать в данном случае и в зависимости от тяжести общего переохлаждения и скорости его развития?
8. Введение, каких лекарственных препаратов показано при тяжёлых степенях общего переохлаждения у детей, вне зависимости от клинической симптоматики?
9. Какие методы согревания противопоказаны при замерзании?
10. Критерии эффективности реанимационных мероприятий при замерзании у детей?
11. Прогноз состояния у данного пациента и в зависимости от тяжести общего переохлаждения.
12. Что Вы будете делать при замерзании с оледенением ребёнка?

ЗАДАЧА 17

Участковый педиатр пришел на I патронаж к новорожденной девочке Алене Б. 8-ми дней. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II-ой половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм. рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г., длина – 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощённости генеалогического анамнеза – 1,0. При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см., селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените состояние ребенка на момент патронажа.
2. По какой группе здоровья будет наблюдаться данный ребёнок? По развитию какой патологии он угрожаем?
3. Перечислите факторы риска.
4. Как определяется индекс отягощённости генеалогического анамнеза? Каким он должен быть в норме?
5. О чём свидетельствуют стигмы дисэмбриогенеза?
6. Каков «порог» стигматизации новорожденных?
7. Какие формы синдактилии Вы знаете?
8. Какие мероприятия следует проводить при расширении пупочного кольца?
9. Как часто следует осматривать ребёнка? В консультациях каких специалистов он нуждается?
10. Необходимы ли дополнительные обследования и в какие сроки?
11. План профилактических мероприятий. Ваши рекомендации матери ребёнка.
12. Что такое вторичная профилактика и нужна ли она в данном случае?

ЗАДАЧА 18

Вызов бригады «Скорой помощи» к подростку Эдуарду И. 14 лет на дискотеку. Жалобы на острые боли за грудиной, в животе, головную боль.

Установлено, что друзья мальчика употребляют амфетамины, а ему впервые перед дискотекой предложили таблетку «Адама».

При осмотре мальчик возбуждён, ориентация нарушена, зрачки расширены. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Слизистые сухие. Дыхание до 44 в минуту, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс более 180 уд. в минуту. АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?

2. Неотложные мероприятия бригады «Скорой помощи».
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Что такое амфетамины? Их основные характеристики.
6. Почему повышено артериальное давление? Механизм.
7. Ведущий патологический синдром.
8. Каковы вероятные поражения органов и систем у данного пациента, в связи с развивающейся симптоматикой?
9. Какие адреноблокаторы не рекомендуется вводить в данном случае?
10. Какие реабилитационные мероприятия необходимы в дальнейшем?
11. Существует ли психологическая и физиологическая зависимость при приеме данной группы препаратов?
12. В наблюдении каких врачей-специалистов нуждается ребёнок?

ЗАДАЧА 19

Участковый врач пришёл на I патронаж к мальчику Николаю В. 18 дней.

Ребёнок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях). В 8 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизином, (в/м 10 дней). Выписан на 17 сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Тутели». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень + 3 см., селезёнка у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Группа здоровья, направленность и степень риска.
3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.
4. Чем отличается кожа новорожденного от взрослого?
5. Принципы диспансерного наблюдения в первые месяцы жизни.
6. Какова наиболее вероятная этиология пиодермии? Её лечение.
7. Перечислите наиболее ранние и частые симптомы развития септического процесса у новорожденных.
8. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?
9. Как ухаживать за здоровой кожей новорожденного?
10. Оцените характер вскармливания ребёнка на момент осмотра.
11. Можно ли проводить ребенку иммунизацию и в какие сроки?
12. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?

ЗАДАЧА 20

Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 мин. сознание восстановилось и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку.

Со слов педагога девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учёте. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина.

К моменту прибытия скорой помощи повторная потеря сознания. При осмотре кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые чистые, бледные. Частота дыхания 30 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 70/40 мм. рт. ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в мин. Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-Р постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС – 40 в мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Какие рекомендации необходимо дать ребёнку во внеприступный период.
6. Почему у девочки в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата?
7. Что такое проводящая система сердца? Основные структурные компоненты, их функция.
8. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы у пациентки в данном случае.
9. Механизм действия атропина.
10. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки?
11. Перечислите возможные методы купирования данного состояния в случае задержки госпитализации пациентки при наличии подготовленного медперсонала и необходимой аппаратуры.
12. Вероятный прогноз.

ЗАДАЧА 21

I-й патронаж к мальчику И. 13 дней. Ребёнок от II-ой беременности, (предыдущая закончилась рождением здорового ребёнка). В I триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась ко-триноксазолоном, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной – 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС дефект межжелудочковой перегородки, НКQ. Выписан на педиатрический участок на 12 сутки с рекомендациями кардиолога.

При осмотре состояние ребёнка удовлетворительное, грудь сосёт активно. Кожа и слизистые чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные,

ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р. тах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над лёгочной артерией. ЧСС – 126 в мин., при нагрузке – до 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2см., селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые.

ЗАДАНИЕ:

1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребёнок?
2. Динамическое наблюдение педиатром на участке.
3. Совместно, с каким специалистом должен наблюдаться ребёнок?
4. Какая лечебная тактика может быть применена к данному пациенту?
5. Особенности проведения профилактических мероприятий в данном случае.
6. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении.
7. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденных
8. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на лёгочной артерии при данной патологии?
9. Объясните происхождение III и IV тонов сердца.
10. Фармакологические свойства сердечных гликозидов.
11. Укажите допустимую частоту сердечных сокращений при приеме сердечных гликозидов у новорожденных.
12. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии?

ЗАДАЧА 22

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. У девочки 4-х лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка.

Из анамнеза известно, что ребёнок никакими бронхолёгочными заболеваниями не страдает.

На момент осмотра ребёнок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднён. Инородного тела в ротоглотке не видно. Над лёгкими перкуторный звук не изменён. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 уд. в мин. АД – 95/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
6. Возможные осложнения.
7. Где расположена крикотиреоидная связка и каково её значение?
8. Противопоказания для проведения трахеостомии.
9. На основании чего можно сделать выбор между экстренной эндотрахеальной интубацией и трахеостомией при наступлении полной асфиксии у пациента?
10. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.

11. Ориентировочный диаметр эндотрахеальной трубки в данном возрасте.
12. Фармакологическое действие атропина.

ЗАДАЧА 23

Вы врач детского дошкольного учреждения. 4-х летний мальчик посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребёнок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойный, трудно засыпает, периодические подёргивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребёнок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, несвязанные с приёмом пищи; заметно похудел.

Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу церебральной ишемии, в дальнейшем – частые острые респираторные заболевания.

В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен.

Длина тела 104 см., масса – 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия нёбных миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 128 уд. в мин.; АД 95/60. Живот мягкий, умеренная болезненность без чёткой локализации. Печень + 1 см., селезёнка не увеличена.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените состояние здоровья ребенка на момент осмотра педиатром.
2. Степень тяжести дезадаптации, диагностические критерии?
3. Оцените физическое развитие.
4. Прогноз состояния здоровья ребёнка?
5. Консультации, каких специалистов необходимы, и с какой целью?
6. План профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.
7. Что означает понятие адаптации?
8. Основные механизмы участия нейро-эндокринной системы в развитии адаптационно-приспособительных реакций.
9. Реакция иммунной системы на процесс адаптации.
10. Дайте характеристику методам подготовки детей к посещению детского дошкольного учреждения.
11. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.
12. Причины психомоторных нарушений у данного ребёнка.

ЗАДАЧА 24

Мальчик, 10 лет, при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателем со дна водоёма через 3 минуты в состоянии клинической смерти. После успешной первичной реанимации возобновлено дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил.

К моменту прибытия реанимационной бригады службы «Скорой помощи» дыхание у ребёнка стало kloкочущим, с частотой 48 в мин. При осмотре ребёнок без сознания. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой

рефлексы сохранены. Кожа и слизистые бледные. При аускультации над лёгкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД – 80/40 мм. рт. ст.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Механизм развития отёка лёгких в данном случае.
6. Какие морфологические изменения ЦНС типичны при данном состоянии?
7. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы в данном случае.
8. Нарушение функции какой системы имеет ведущее значение в изменении состояния ребёнка?
9. Вероятный прогноз.
10. Отличие в характере развёртывания поражения органов и систем детского организма в зависимости от варианта утопления (в пресной или морской воде).
11. При каком уровне артериального давления введение лазикса не будет иметь эффекта?
12. Нуждается ли ребенок в помощи психолога после данного несчастного случая.

ЗАДАЧА 25

Мать с ребёнком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке Елене К. 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в месячном возрасте. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г., длина – 51 см. Из роддома выписана на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4.600 г., длина – 57 см., окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из под края рёберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом. При осмотре ребёнок беспокойный, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлекс Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлекс угасают. Хватательный и подошвенный рефлекс вызываются хорошо.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Критерии диагностики данной патологии.
4. Вычислите индекс Эрисмана, долженствующую массу тела.
5. Какие исследования необходимо провести ребенку?
6. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
7. Назначьте лечение.

8. План профилактических мероприятий.
9. Какие врачи-специалисты должны осмотреть ребёнка?
10. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребёнка при отсутствии своевременной коррекции патологии.
11. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

ЗАДАЧА 26

Мать девочки Ирины Л. 4 лет вызвала участкового педиатра на дом. Девочка заболела остро 2 недели назад, когда вечером поднялась температура до 39°C, насморк. Была вызвана «неотложная помощь». Врач диагностировал ОРВИ, назначил симптоматическое лечение. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось (отсутствие аппетита, слабость, головная боль, мышечные боли), повторный подъём температуры до 38°C, появился сухой, навязчивый кашель. Из анамнеза известно, что ребёнок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологичные. В раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, острые заболевания редко. С 3,5 лет посещает детский сад; часто болела ОРВИ, дважды осложнённые бронхитом. В лечении часто применялись антибиотики

Состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым оттенком, умеренным периоральным цианозом. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени. Справа, от угла лопатки дыхание резко ослабленное, определяется укорочение перкуторного звука, на высоте вдоха крепитирующие хрипы в нижних отделах правого лёгкого. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стула не было. Диурез не снижен.

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Какие факторы оказали влияние на течение заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить Ваш диагноз.
4. Какие изменения в общем анализе крови следует ожидать в данном случае.
5. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий.
6. Какие группы отхаркивающих препаратов Вы знаете? Механизм их действия.
7. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.
8. В каком случае показана госпитализация?
9. Критерии выписки ребёнка в детский сад.
10. Возможные осложнения данного заболевания.
11. План реабилитации ребёнка.
12. Диспансерное наблюдение ребенка на педиатрическом участке.

ЗАДАЧА 27

Мать с мальчиком 8-и лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы.

Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Болен с 6-ти месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-х летнего возраста, наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Последний приступ - 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад - стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, ОФВ 70%, ПСВ - 75%, тест с вентолином всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

Объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз.

Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания 20 в мин. Пульс 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД - 110/65. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см., эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β_2 адrenomиметики, муколитики, периодически применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Показано ли оформление инвалидности ребёнку. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Оцените возможность проведения профилактических прививок ребёнку.
4. Фармакодинамика β_2 -адрено-блокаторов, применяемых в клинической практике.
5. Методы реабилитации больных с данным заболеванием.
6. Патофизиологические механизмы изменений в бронхах при тяжёлом течении бронхиальной астмы у детей.
7. Показания для назначения ингаляционных глюкокортикоидов больным с бронхиальной астмой.
8. Механизм действия ингаляционных глюкокортикоидов.
9. Опишите клиническую картину астматического статуса.
10. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.

ЗАДАЧА 28

Девочка Валерия Д. 13 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менсис нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Формула полового развития $Ma_3P_2Ax_2Me_3$, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные

лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р. maximum на верхушке. ЧСС – 100 уд. в мин., АД – 90/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. **В анализе периферической крови:** гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 5%, п - 4%, с -59%, л - 28%, м - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. СГЭ – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Что такое СГЭ? Как оно определяется?
5. Консультация, какого специалиста необходима?
6. Оцените половое развитие ребёнка?
7. Почему у девочки снизилась успеваемость, появились невротические расстройства?
8. Как лечить ребёнка? Какие препараты следует выбрать?
9. Можно ли проводить лечение данного состояния на фоне острого инфекционного заболевания?
10. Рекомендации по питанию.
11. Эпидемиология и причины данного заболевания.
12. Что такое десфераловая проба? Показания к её применению.
13. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА 29

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6 месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением; курит. Ребёнок от II-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды, в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь ацидофильная «Малютка», 220 мл на приём, каша 180-200г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 8700, длина – 67 см., окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено. Большой родничок 1 x 1 см. Не напряжён Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Определите группу здоровья ребенка, дайте обоснование.

3. Какие отклонения в развитии ребёнка обнаружены?
4. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?
5. Вычислите индекс Эрисмана.
6. К какой группе риска следует отнести данного ребёнка?
7. Реализовались ли данные факторы риска?
8. Причины развития данной патологии у детей.
9. План наблюдения за ребёнком на 1-м году. Рекомендации.
10. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином «Д»?
11. Когда планируется следующая вакцинация?
12. Особенности функциональной активности нейроэндокринной системы у детей с данной патологией.