**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Клинический институт детского
здоровья имени Н.Ф.Филатова
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Госпитальная педиатрия

6 курс

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

по специальности: 31.05.02 – Педиатрия

Тестовые задания для прохождения аттестации

№	ВОПРОС	ВЕРНЫЙ ОТВЕТ
1.	<p>К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. легкая ранимость; 2. хорошее кровоснабжение подкожно-жировой клетчатки; 3. обильная сеть лимфатических сосудов, подкожно-жировой клетчатки; 4. отсутствие соединительно-тканых перемычек <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1, 3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	Г
2.	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЮ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ (КРЕМЫ, МАЗИ, МАСЛА) ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тонкий роговой слой; 2. Недоразвитие выделительной функции кожи; 3. Высокий местный иммунитет; 4. Усиленное кровоснабжение кожи. <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	В
3.	<p>У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЯТНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. витилиго; 2. монголоидные; 3. телеангиэктазии; <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1, 3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) только 1</p>	В
4.	<p>К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ИНВАЗИВНОГО КАНДИДОЗА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необоснованное применение антибиотиков широкого спектра действия; 2. Полное парентеральное питание; 3. Длительное проведение искусственной вентиляции легких; 4. Рост выживаемости детей с экстремально низкой массой тела. 	В

	<p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,2, 3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	
5.	<p>ВИДОВОЙ СОСТАВ И КОЛИЧЕСТВО МИКРООРГАНИЗМОВ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>А) Условиями окружающей среды; Б) Статусом иммунной системы; В) Особенностью выработки липидов сальными железами; Г) Гигиеной кожи новорожденного ребенка.</p>	В
6.	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ «СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО» ВСТРЕЧАЕТСЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИ:</p> <p>1. Эксфолиативном дерматите Риттера; 2. Врожденной ветряной оспе; 3. Врожденном ихтиозе; 4. Везикулопустуллезе.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,4</p>	А
7.	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ПОЯВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО ПЛОТНЫХ БОЛЕЗНЕННЫХ УЗЛОВ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ С ЭРИТЕМАТОЗНО-ЦИАНОТИЧНОЙ КОЖЕЙ НАД НИМИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Рожистое воспаление; Б) Подкожный адипонекроз; В) Некротическая флегмона новорожденного; Г) Абсцесс.</p>	Б
8.	<p>К ОПРЕДЕЛЕНИЮ «СИНДРОМ ЧЕРНИЧНОГО КЕКСА» МОЖНО ОТНЕСТИ ТАКИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА, КАК</p> <p>1. Внутриутробная инфекция; 2. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса; 3. Поздняя форма геморрагической болезни; 4. Лейкоз.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,4 Г) 2,3,4</p>	В
9.	<p>К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) везикулопустулез Б) токсическая эритема</p>	А

	<p>В) буллезный эпидермолиз Г) неонатальный пустулярный меланоз</p>	
10.	<p>ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ: А) генодерматозов Б) стрептококковых пиодермий В) стафилококковых пиодермий Г) аллергодерматозов</p>	В
11.	<p>ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С: А) «монголоидным пятном» Б) рожистым воспалением В) кальцинозом Г) адипонекрозом</p>	Б
12.	<p>К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖНО ОТНЕСТИ 1. Везикулопустулез; 2. Псевдофурункулез Фингера; 3. Гнойный омфалит; 4. Врожденный свищ пупка.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	В
13.	<p>НАГРУБАНИЕ, АСИМЕТРИЧНАЯ ГИПЕРЕМИЯ, МЕСТНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНЫХ ЖЕЛЁЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ: А) Гнойный мастит новорожденного; Б) Физиологическое нагрубание грудных желёз (мастопатия); В) Адипонекроз; Г) Половой криз.</p>	А
14.	<p>ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА, КАК 1. Молочница (кандидозный стоматит); 2. Гнейс; 3. Грибковый сепсис; 4. Кандидоз кожи.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	В

15.	<p>К СТАФИЛОДЕРМИЯМ МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:</p> <p>А) эксфолиативного дерматита Риттера; Б) пузырьчатки новорожденных; В) везикулопустулеза; Г) рожи</p>	Г
16.	<p>К ГРУППЕ ПИОДЕРМИЙ ОТНОСЯТ:</p> <p>А) потницу; Б) опрелости; В) омфалит; Г) пузырьчатку новорожденных.</p>	Г
17.	<p>НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОДЕРМИИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) псевдофурункулез Б) эксфолиативный дерматит Риттера В) везикулопустулез Г) гиперплазия сальных желез</p>	Б
18.	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА НОВОРОЖДЕННОГО, ВКЛЮЧАЮТ</p> <p>А) начало заболевания и быстрое прогрессирование процесса с первого дня жизни Б) после вскрытия гнойничков – формирование рубцов на коже В) наличие некротического стержня Г) наличие большого количества везикул с гнойным содержимым</p>	Г
19.	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМ СТРЕПТОДЕРМИИ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖНО ОТНЕСТИ:</p> <p>А) псевдофурункулез Б) рожистое воспаление В) Malassezia folliculitis Г) контагиозное импетиго</p>	Г
20.	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО</p> <p>А) субфебрильная лихорадка Б) болезненность при пальпации В) наличие локальной инфильтрации подкожно-жировой клетчатки Г) быстрое распространение процесса на близлежащие ткани</p>	В
21.	<p>К НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разноцветный лишай; 2. Малассезия фолликулит; 3. Себорейный дерматит; 4. Псориаз. 	Г

	<p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	
22.	<p>ВАРИАНТОМ НЕОНАТАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГРИБАМИ РОДА MALASSEZIA, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) Атопический дерматит; Б) Себорейный дерматит волосистой части головы; В) Везикулопустулез; Г) Кандидоз кожи.</p>	Б
23.	<p>К СОСТОЯНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА, ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. Милиа; 2. Себорейный дерматит (гнейс); 3. Везикулопустулез; 4. Атопический дерматит.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 1,2,3</p>	В
24.	<p>К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ПЕЛЁНОЧНОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. Плохой уход за новорожденным; 2. Использование защитных средств в неправильной (взрослой) дозировке; 3. Частая смена подгузников; 4. Редкое купание новорожденного.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 1,2,3</p>	В
25.	<p>К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ НА КОЖЕ ПУЗЫРЕЙ, С КОТОРЫМИ РОЖДАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК, ОТНОСЯТ</p> <p>1. Врожденный буллезный эпидермолиз; 2. Врожденную ветряную оспу; 3. Семейную форму недержания пигмента; 4. Ихтиоз.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,3,4</p>	В

	Г) 1,2,3	
26.	<p>ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЁЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ» ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденным сифилисом; 2. Врожденной цитомегаловирусной инфекцией; 3. Эксфолиативным дерматитом Риттера; 4. Гистиоцитозом из клеток Лангерганса. <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	А
27.	<p>ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальную терапию (профилактика инфицирования); 2. Уход за пораженной и непораженной кожей; 3. Оперативное вмешательство; 4. Пожизненную гормональную терапию глюкокортикоидами. <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,3,4 В) 1,2 Г) 1,2,3,</p>	В
28.	<p>В ТЕРАПИЮ ТЯЖЕЛОГО ИХТИОЗА ВХОДИТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гормональная терапия преднизолоном; 2. Иммуноглобулин в/в; 3. Постоянная местная терапия кератолитическими средствами; 4. Антибактериальная терапия парентерально. <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	В
29.	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Буллёзным эпидермолизом; 2. Врожденным сифилисом; 3. Механическим повреждением во время родов; <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,3 В) 1,2,3 Г) только 1</p>	В

30.	<p>К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кожную сыпь разной степени выраженности и разнообразия элементов (папулы, бляшки, везикулы, бородавки); 2. Врожденные пороки верхних конечностей; 3. Аномалии зубов; 4. Патологию органов зрения. <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,3,4</p>	Г
31.	<p>ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Повышенная секреция сальных желез Б) Нарушение микробиоциноза кишечника В) Наличие эндокринной патологии у матери Г) Переносенный ребенок 	А
32.	<p>ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Аутосомно-рецессивный Б) Аутосомно-доминантный В) Никакой, т.к. не является наследственным заболеванием Г) Случайный, т.к. возникновение болезни каждый раз является результатом новой мутации 	Б
33.	<p>КОЖА НОВОРОЖДЕННОГО ПОКРЫТА ПЛЕНКОЙ, НАПОМИНАЮЩАЯ КОЛЛОДИЙ (ЖЕЛТАЯ, БЛЕСТЯЩАЯ). НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИХТИОЗА НОВОРОЖДЕННОГО, ДЛЯ КОТОРОЙ ЭТО ХАРАКТЕРНО, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Вульгарный Б) Пластинчатый В) Аутосомно-рецессивный врожденный Г) Арлекина 	В
34.	<p>ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО С ИХТИОЗОМ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперкератоз (сухая, шелушащаяся кожа) 2. Эктропион 3. Алопеция 4. Повышенная влажность кожи <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	В
35.	ДЛЯ СИНДРОМА НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА	А

	<p>ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ</p> <p>А) чаще встречается у лиц женского пола Б) чаще встречается у лиц мужского пола В) одинаково часто встречается у лиц обоих полов Г) клиническая картина манифестирует в первую неделю жизни</p>	
36.	<p>РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО СПОСОБСТВУЕТ</p> <p>1. Широкое применение антибактериальных средств в периоде новорожденности 2. Наличие у матери кандидоза влагалища 3. Тяжелая асфиксия новорожденного 4. Иммунодефицитное состояние (нарушение фагоцитарного звена)</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,4 Г) 2,3,4</p>	В
37.	<p>К ФАКТОРАМ РИСКА СИСТЕМНОГО КАНДИДОЗА МОЖНО ОТНЕСТИ:</p> <p>1. Недоношенность (экстремально низкую массу тела) 2. Оперативное родоразрешение 3. Длительное наличие ИВЛ, центрального катетера 4. Кортикостероидную терапию</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	А
38.	<p>ВРОЖДЕННАЯ ОЧАГОВАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ</p> <p>1. Интранатальной родовой травмы; 2. Фетопатии (вирусной, бактериальной); 3. Родственного брака; 4. Внутриматочной травмы.</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	Б
39.	<p>НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА 1 МИНУТЕ (В БАЛЛАХ) ≤:</p> <p>А) 3 Б) 4 В) 5 Г) 6</p>	А

40.	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тяжелый смешанный или метаболический ацидоз (рН менее 7,0) в анализе крови, полученной из пупочной артерии сразу после рождения; 2. оценка по шкале Апгар 0-3 балла в течение не менее 5 минут; 3. неврологические проявления у новорожденного (судороги, кома, гипотония) и доказанные дисфункции нескольких внутренних органов; <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1,3 Б) 2,3 В) 1,2,3 Г) 1,2</p>	В
41.	<p>НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА 1 МИНУТЕ (В БАЛЛАХ):</p> <p>А) 1-3 Б) 4-7 В) 8-9 Г) 10</p>	А
42.	<p>НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК ПРИ УМЕРЕННОЙ АСФИКСИИ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА 1 МИНУТЕ (В БАЛЛАХ):</p> <p>А) 1-3 Б) 4-7 В) 8-9 Г) 10</p>	Б
43.	<p>ФАКТОРАМИ, ПОВЫШАЮЩИМИ РИСК РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. многоплодная беременность; 2. малый гестационный возраст; 3. сахарный диабет у матери; <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) только 3</p>	В
44.	<p>МАКСИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>А) 24-25 недель Б) 26-27 недель В) 28-29 недель Г) 30-31 неделя</p>	А

45.	<p>ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:</p> <p>А) инсулином; Б) аспирином; В) кортикостероидами; Г) препаратами сурфактантов.</p>	В
46.	<p>КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ШКАЛЕ SILVERMAN-ANDERSON ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>А) измерение сатурации кислорода; Б) движение верхней части грудной клетки и втяжения межреберий; В) раздувание крыльев носа и стон на выдохе; Г) ретракция мечевидного отростка.</p>	А
47.	<p>ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <p>А) инфекция; Б) дефицит сурфактанта; В) аспирация мекония; Г) разрушение сурфактанта.</p>	Б
48.	<p>ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ С РИСКОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА СРОКЕ:</p> <p>А) 23-34 недели гестации; Б) 26-34 недели гестации; В) 28-34 недели гестации; Г) 34-36 недель гестации.</p>	А
49.	<p>К КАКОМУ ВОЗРАСТУ РЕБЕНКА ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <p>А) 48 часов; Б) 7 дней; В) 3-4 недели; Г) 4 месяца.</p>	В
50.	<p>К ФАКТОРАМ, СНИЖАЮЩИМ СИНТЕЗ СУРФАКТАНТА, ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) гиперволемия; Б) алкалоз; В) теплая кислородно-воздушная смесь; Г) баротравма и волюмотравма легких.</p>	Г
51.	<p>ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <p>А) ослабление дыхания и крепитация; Б) сухие рассеянные хрипы; В) односторонние влажные хрипы; Г) отсутствие аускультативных изменений.</p>	А

52.	<p>НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А) симптомы «матового стекла» и «воздушной бронхограммы»;</p> <p>Б) очагово-инфильтративные изменения;</p> <p>В) «сотовое легкое»;</p> <p>Г) буллы.</p>	А
53.	<p>УКАЖИТЕ СИНОНИМ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <p>А) болезнь гиалиновых мембран;</p> <p>Б) РДС взрослого типа;</p> <p>В) бронхолегочная дисплазия;</p> <p>Г) ателектаз легкого.</p>	А
54.	<p>ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А) цианоз, одышка, тахипноэ;</p> <p>Б) увеличение двигательной активности, судороги;</p> <p>В) сатурация кислорода более 95%;</p> <p>Г) свистящее дыхание.</p>	А
55.	<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ПРОВОДИТСЯ С:</p> <p>А) врожденной пневмонией;</p> <p>Б) бронхолегочной дисплазией;</p> <p>В) облитерирующим бронхиолитом;</p> <p>Г) острым обструктивным бронхитом.</p>	А
56.	<p>ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ РДС НОВОРОЖДЕННЫХ ИМЕЮТ:</p> <p>А) глюкокортикостероиды;</p> <p>Б) бронхолитики;</p> <p>В) препараты сурфактанта;</p> <p>Г) антибиотики.</p>	В
57.	<p>У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО С РИСКОМ РДС, СПОСОБНОГО К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ДЫХАНИЮ, СТАБИЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ НАЧИНАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩЕГО МЕРОПРИЯТИЯ:</p> <p>А) интубации;</p> <p>Б) проведения СРАР через маску или назальные канюли;</p> <p>В) искусственной вентиляции легких;</p> <p>Г) дотации диффузного кислорода с помощью кислородной подушки.</p>	Б
58.	<p>ОБЛЕГЧЕНИЮ ЭКСТУБАЦИИ НЕДОНОШЕННОГО МЛАДЕНЦА С РДС НОВОРОЖДЕННЫХ</p>	В

	СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ: А) повторного введения препаратов сурфактантов; Б) кофеина; В) антибактериальной терапии; Г) системных глюкокортикостероидов.	
59.	НАЧАЛЬНЫМ И ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ: А) уменьшение количества сурфактанта; Б) нарушение диффузии газов; В) повышение проницаемости сосудов легких; Г) снижение легочного комплаенса.	А
60.	СУРФАКТАНТ НОВОРОЖДЕННОМУ ВВОДИТСЯ А) эндотрахеально; Б) внутривенно; В) энтерально; Г) внутримышечно.	А
61.	ГРУППАМИ ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ РСВ-БРОНХИОЛИТА С ПОМОЩЬЮ ПАЛИВИЗУМАБА ЯВЛЯЮТСЯ: 1. дети в возрасте до 6 месяцев, рожденные на 35-й неделе беременности или ранее; 2. дети в возрасте до 2 лет, которым требовалось лечение по поводу бронхолегочной дисплазии в течение последних 6 месяцев; 3. дети в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца; ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) только 2	В
62.	ПРИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ГАЗОВОМ СОСТАВЕ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ РЕСПИРАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ, ПАРАМЕТРЫ РН КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ: А) 7,15-7,21 Б) 7,0-7,14 В) 7,41-7,5 Г) 7,22-7,4	Г
63.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО-ДИСТРЕСС СИНДРОМА НЕ ПРОВОДИТСЯ С: А) Синдромом меконияльной аспирации Б) Персистирующей легочной гипертензии новорожденных В) Синдромом Жильбера Г) Синдромом утечки воздуха, пневмотораксом	В

64.	<p>ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ТЕМ ВЫШЕ, ЧЕМ:</p> <p>А) Больше длительность второго периода родов Б) Больше безводный промежуток в родах В) Больше биологический возраст родителей ребенка Г) Меньше гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении</p>	Г
65.	<p>ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А) Гиперемированные кожные покровы Б) Экспираторные шумы, обусловленные развитием компенсаторного спазма голосовой щели на выдохе В) Одышка и апноэ, возникающие в первые минуты – первые часы жизни Г) Западение грудной клетки на вдохе, раздувание крыльев носа</p>	А
66.	<p>ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ И НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) Усиление бронхо-сосудистого рисунка, наличие признаков жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах Б) Наличие инфильтративных теней в легочной ткани В) Одностороннее тотальное снижение прозрачности легочной ткани Г) Диффузное снижение прозрачности легочных полей, наличие ретикулогранулярного рисунка и полосок просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма)</p>	Б
67.	<p>СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ИЛИ «РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ» (РДС) НОВОРОЖДЕННОГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) Острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением респираторных отделов легких и накоплением воспалительного экссудата внутри альвеол, выявляемым при объективном и рентгенологическом обследовании в первые 72 ч жизни Б) Инфекционное заболевание, возникающее вследствие попадания инфекционных агентов с помощью аэрогенного механизма заражения, поражающее отделы дыхательной системы как первично, так и вторично, сопровождающееся воспалительными явлениями и характерными клиническими симптомами В) Расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное вторичным дефицитом сурфактанта на фоне инфекционного процесса в легких Г) Расстройство дыхания у детей в первые дни жизни,</p>	Г

	обусловленное первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью легких	
68.	ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ Ig E-ОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ А. папула 1 – 2 мм Б. гиперемия В. след от укола Г. папула 3 мм и более	Г
69.	ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ А. кролик Б. конина В. индейка Г. рыба	Г
70.	ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ А. картофель Б. арахис В. топинамбур Г. огурцы	Б
71.	В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ А. бытовая Б. эпидермальная В. пищевая Г. пыльцевая	В
72.	ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ А. рыба Б. огурец В. мясо Г. вишня	А
73.	К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ А. элиминационно- провокационные пробы Б. определение углеводов кала В. копрология Г. определение рН кала	А
74.	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО А. копрологическое исследование Б. определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови В. определение общего IgE Г. эндоскопическое исследование	Б

<p>75.</p>	<p>СИСТЕМА У ПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ, ОБЕДИНЯЮЩАЯ ОРГАНЫ И ТКАНИ, КОТОРЫЕ ЗАЩИЩАЮТ ОРГАНИЗМ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИДЕНТИФИЦИРУЯ И УНИЧТОЖАЯ ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ И ПАТОГЕНЫ, ЭТО: А) иммунная система Б) сердечно-сосудистая система В) дыхательная система Г) костно-мышечная система</p>	<p>А</p>
<p>76.</p>	<p>К ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ: 1. гипоталамус 2. тимус 3. почки 4. лимфатические узлы ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	<p>Б</p>
<p>77.</p>	<p>К ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ: 1. селезенка 2. миндалины 3. пейеровы бляшки 4. вилочковая железа ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	<p>Г</p>
<p>78.</p>	<p>АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ: А) плазмочитами Б) эозинофилами В) базофилами Г) эритроцитами</p>	<p>А</p>
<p>79.</p>	<p>ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ: А) Т-лимфоцитов Б) макрофагов В) В-лимфоцитов Г) нейтрофилов</p>	<p>В</p>
<p>80.</p>	<p>ВИЛОЧКОВАЯ ЖЕЛЕЗА ИНАЧЕ НАЗЫВЕТСЯ: А) гипофиз Б) эпифиз В) параганглий Г) тимус</p>	<p>Г</p>
<p>81.</p>	<p>ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: А) в переднем средостении между грудиной и</p>	<p>А</p>

	<p>плечеголовными венами</p> <p>Б) на шее спереди и по бокам трахеи</p> <p>В) в заднем средостении</p> <p>Г) в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом</p>	
82.	<p>СВОЙСТВОМ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) отсутствие формирования иммунологической памяти</p> <p>Б) формирование кратковременной иммунологической памяти</p> <p>В) формирование долговременной иммунологической памяти</p> <p>Г) формирование пожизненной иммунологической памяти</p>	А
83.	<p>СВОЙСТВОМ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) формирование в онтогенезе в зависимости от внешних факторов</p> <p>Б) формирование в онтогенезе вне зависимости от внешних факторов</p> <p>В) формирование в филогенезе в зависимости от внешних факторов</p> <p>Г) формирование в филогенезе вне зависимости от внешних факторов</p>	Б
84.	<p>СВОЙСТВОМ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. формирование в ответ на поступление в организм чужеродных агентов</p> <p>2. формирование безотносительно поступления в организм чужеродных агентов</p> <p>3. формирование иммунологической памяти</p> <p>4. отсутствие формирования иммунологической памяти;</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1,3</p> <p>Б) 2,4</p> <p>В) 1,2,3</p> <p>Г) 1,2,3,4</p>	А
85.	<p>ОБЪЕКТОМ РАСПОЗНАВАНИЯ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А) антитела</p> <p>Б) группы чужеродных молекул, связанных с патогенностью</p> <p>В) группы чужеродных молекул, связанных с вирулентностью</p> <p>Г) антигены</p>	Г
86.	<p>КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ НАПРАВЛЕН НА:</p> <p>А) внутриклеточные патогены</p> <p>Б) внеклеточный патогены</p> <p>В) клеточные структуры</p> <p>Г) антитела</p>	А

87.	<p>К ВИДУ ПАТОГЕНОВ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прокариоты 2. эукариоты 3. вирусы; <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1,3 Б) 2,3 В) 1,2,3 Г) 1,2 	В
88.	<p>У ИММУНОГЛОБУЛИНА А ВСЕГО СУБКЛАССОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 2 Б) 3 В) 4 Г) 5 	А
89.	<p>У ИММУНОГЛОБУЛИНА G ВСЕГО СУБКЛАССОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 2 Б) 3 В) 4 Г) 5 	В
90.	<p>ЧЕРЕЗ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР ПРОХОДЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) иммуноглобулины А Б) иммуноглобулины G В) иммуноглобулины М Г) иммуноглобулины Е 	Б
91.	<p>ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) IgM Б) IgA В) IgG Г) IgD 	Б
92.	<p>ВСЕГО КЛАССОВ АНТИТЕТЕЛ У ЧЕЛОВЕКА:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 2 Б) 3 В) 4 Г) 5 	Г
93.	<p>К АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. макрофаги 2. нейтрофилы 3. тромбоциты 4. дендритные клетки <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3 	В
94.	<p>К АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. натуральные киллеры 	Г

	<p>2. В- лимфоциты 3. эпителиальные клетки 4. эозинофилы ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	
95.	<p>К АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ: 1. клетки Купфера 2. кератиноциты 3. базофилы 4. эндотелиоциты ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4</p>	Б
96.	<p>К ЭФФЕКТОРНЫМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ: 1. кератиноциты 2. регуляторные Т-лимфоциты 3. тучные клетки 4. тромбоциты ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 3,4</p>	Г
97.	<p>К ЭФФЕКТОРНЫМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ 1. натуральные киллеры 2. эндотелиоциты 3. дендритные клетки 4. базофилы ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	В
98.	<p>ОБЩИЙ КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЛЯ Т-ЛИМФОЦИТОВ: А) CD3 Б) CD4 В) CD8 Г) CD19</p>	А
99.	<p>КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЛЯ В-ЛИМФОЦИТОВ: А) CD3 Б) CD4 В) CD8</p>	Г

	Г) CD19	
100.	КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЛЯ Т- ХЕЛПЕРОВ: А) CD3 Б) CD4 В) CD8 Г) CD19	Б
101.	КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЛЯ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т ЛИМФОЦИТОВ: А) CD3 Б) CD4 В) CD8 Г) CD19	В
102.	КЛАСТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЛЯ НК- КЛЕТОК (НАТУРАЛЬНЫЕ КИЛЛЕРЫ): А) CD16 и CD56 Б) CD3 и CD4 В) CD8 и CD25 Г) CD45R0 и HLA-DR	А
103.	КОНЦЕНТРАЦИЮ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА: А) пикфлуометрия Б) проточная цитофлуориметрия В) тандемная масс-спектрометрия Г) турбидиметрия	В
104.	СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ Т- и В-ЛИМФОЦИТОВ ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА: А) пикфлуометрия Б) проточная цитофлуориметрия В) тандемная масс-спектрометрия Г) турбидиметрия	Б
105.	ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ БЫВАЮТ: 1. приобретённые 2. врождённые 3. первичные 4. вторичные 5. комбинированные ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3,5 Б) 2,4 В) 2,4,5 Г) 1,2,3,4,5	Г
106.	К НАСТОРАЖИВАЮЩИМ ПРИЗНАКАМ ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ: 1. отставание в умственном развитии 2. потребность в антибактериальной терапии инфекционного заболевания в течение 2 и более месяцев 3. отставание в физическом развитии в первые годы жизни	В

	<p>4. рецидивирующие абсцессы кожи и мягких тканей ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 2,3,4 Г) 1,2,3</p>	
107.	<p>К НАСТОРАЖИВАЮЩИМ ПРИЗНАКАМ ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ: 1. недоношенность 2. наличие первичного иммунодефицита в семейном анамнезе 3. две пневмонии за год 4. вирусные бородавки ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	Г
108.	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЗВЕСТНО ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ: А) больше 400 Б) менее 100 В) от 100 до 200 Г) от 200 до 300</p>	А
109.	<p>САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ: А) общая вариабельная иммунная недостаточность Б) избирательный дефицит иммуноглобулина А В) дефицит второго субкласса иммуноглобулина G Г) синдром хронической усталости</p>	Б
110.	<p>ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ: А) первичным иммунодефицитным состоянием Б) вторичным иммунодефицитным состоянием В) комбинированным иммунодефицитным состоянием Г) транзиторным состоянием, вариантом нормы</p>	Г
111.	<p>ПАЦИЕНТЫ С БЕССИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ИММУНОГЛОБУЛИНА А ИМЕЮТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЕ РИСКИ: 1. развития аллергических заболеваний 2. задержки умственного развития 3. задержки физического развития 4. развития аутоиммунных заболеваний ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3</p>	В

112.	ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ ПАЦИЕНТУ С ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ ИММУНОГЛОБУЛИНА А СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ: А) эпилептического припадка Б) бронхообструктивного синдрома В) синкопального состояния Г) анафилактической реакции	Г
113.	НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК ОТНОСИТСЯ К: А) первичным иммунодефицитным состояниям Б) вторичным иммунодефицитным состояниям В) атопическим заболеваниям Г) аутоиммунным заболеваниям	А
114.	ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА: А) аутосомно-доминантный Б) аутосомно-рецессивный В) Х-сцепленный Г) Y-сцепленный	А
115.	СКРИНИНГОВЫМ МАРКЕРОМ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ: А) С2 – компонент комплемента Б) С3 – компонент комплемента В) С4 – компонент комплемента Г) С5 – компонент комплемента	В
116.	САМАЯ ОПАСНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТЕКА У ПАЦИЕНТА С НАСЛЕДСТВЕННЫМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ: А) гортань Б) мошонка/вульва В) кишечник Г) волосистая часть головы	А
117.	ДЛЯ СИНДРОМА ДИ-ДЖОРДЖИ ХАРАКТЕРНО: А) снижение уровня иммуноглобулинов в сыворотке Б) повышение уровня иммуноглобулинов в сыворотке В) лимфоцитоз Г) лимфопения	Г
118.	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У РЕБЕНКА: 1. обширные ожоги 2. терапия кортикостероидами 3. септические состояния 4. злокачественные опухоли ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	Г

119.	<p>К АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. системная красная волчанка 2. ревматоидный артрит 3. рассеянный склероз 4. сывороточная болезнь <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4 	В
120.	<p>АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. амагглобулинемия 2. тромбоцитопеническая пурпура 3. синдром Вискота- Олдрича 4. болезнь Кавасаки <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4 	Г
121.	<p>ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) химиотерапия Б) трансплантация гемопоэтических стволовых клеток В) лучевая терапия Г) заместительная терапия препаратами иммуноглобулина человеческого 	Б
122.	<p>ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТА С ТКИН МЛАДШЕ 3,5 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 94% Б) 90% В) 82% Г) 50% 	А
123.	<p>ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТА С ТКИН СТАРШЕ 3,5 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ВО ВРЕМЯ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 94% Б) 90% В) 82% Г) 50% 	Г
124.	<p>ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИММУНОГЛРБУЛИНОВ ЧЕЛОВЕКА ПРОВОДИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) внутривенно 	А

	<p>Б) периорально В) внутримышечно Г) подкожно</p>	
125.	<p>ОСНОВНЫМ СОСТАВЛЯЮЩИМ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ: А) иммуноглобулин Е Б) иммуноглобулин А В) иммуноглобулин М Г) иммуноглобулин G</p>	Г
126.	<p>К ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЦИТОКИНАМ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ОТНОСЯТСЯ: 1. семейство IL-1 2. семейство IL-6 3. IL-13 4. IFN альфа 5. G-CSF 6. тромбopoэтин ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3,5 Б) 2,4,6 В) 1,2,4 Г) 3,5,6</p>	В
127.	<p>К ГЕМОПОЭТИЧЕСКИМ ЦИТОКИНАМ ОТНОСЯТСЯ: 1. эритропоэтин 2. IFN альфа 3. тромбopoэтин; 4. семейство IL-6 5. G-CSF 6. семейство IL-10 ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3,5 Б) 2,4,6 В) 1,2,4 Г) 3,5,6</p>	А
128.	<p>ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ А) корпускулярными вакцинами Б) живыми вакцинами В) рекомбинантными вакцинами Г) анатоксинами</p>	Б
129.	<p>КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ: А) скрининг Б) демпинг В) диспансеризация Г) люстрация</p>	А
130.	<p>ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ</p>	А

	<p>ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА</p> <p>А) занижает реальный уровень систолического артериального давления</p> <p>Б) не влияет на правильность измерения</p> <p>В) завышает реальный уровень систолического артериального давления</p> <p>Г) завышает реальный уровень диастолического артериального давления</p>	
131.	<p>ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ</p> <p>А) $60+n$</p> <p>Б) $80+(n-2)$</p> <p>В) $90+2n$</p> <p>Г) $100+2n$</p>	В
132.	<p>СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ.РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ _____ (N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ)</p> <p>А) $60 + n$</p> <p>Б) $60 + 2n$</p> <p>В) $90 + n$</p> <p>Г) $90 + 2n$</p>	Г
133.	<p>АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ</p> <p>А) не отличается</p> <p>Б) выше</p> <p>В) ниже</p> <p>Г) постоянно меняется</p>	Б
134.	<p>НИЗКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>А) малым ударным объемом сердца</p> <p>Б) высоким удельным сопротивлением периферических сосудов</p> <p>В) узким просветом сосудов малого круга кровообращения</p> <p>Г) незрелостью парасимпатической регуляции</p>	А
135.	<p>НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ</p> <p>А) 10 и 50</p> <p>Б) 10 и 90</p> <p>В) 90 и 95</p> <p>Г) 95 и 99</p>	Б
136.	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ</p>	В

	<p>АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД), РАССЧИТАННОГО НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЙ БОЛЕЕ 95-ГО ПРОЦЕНТИЛЯ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ</p> <p>А) нормальное артериальное давление Б) высокое нормальное давление В) артериальная гипертензия Г) гипертоническая болезнь</p>	
137.	<p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО И /ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РАССЧИТАННЫЙ НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ОТДЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ _____ ПЕРЦЕНТИЛЬ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА</p> <p>А) 50-й Б) 75-й В) 90-й Г) 95-й</p>	Г
138.	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ _____ ЦЕНТИЛЮ</p> <p>А) 50 Б) 75 В) 95 Г) 99</p>	В
139.	<p>ПРИ I СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, СРЕДНИЕ УРОВНИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ</p> <p>А) находятся между 10 и 50 перцентилями Б) находятся между 90 и 95 перцентилями В) равны или превышают значения 95-го перцентиля, но меньше значений 99-го перцентиля + 5 мм рт.ст. Г) равны или превышают значения 99-го перцентиля более, чем на 5 мм.рт.ст.</p>	В
140.	<p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) открытом артериальном протоке Б) аортальной недостаточности В) узелковом полиартериите Г) геморрагическом васкулите</p>	В
141.	<p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) коарктации аорты Б) дефекте межпредсердной перегородки В) дефекте межжелудочковой перегородки</p>	А

	Г) стенозе легочной артерии	
142.	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>А) порок развития сосудов почки Б) синдром вегетативной дистонии В) пиелонефрит Г) наследственный нефрит</p>	А
143.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) паренхиматозное заболевание почек Б) коарктация аорты В) стеноз почечных артерий Г) эссенциальная артериальная гипертензия</p>	В
144.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) паренхиматозное заболевание почек Б) коарктация аорты В) эссенциальная артериальная гипертензия Г) стеноз почечных артерий</p>	А
145.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) тромбоз почечных артерий и вен Б) эссенциальная артериальная гипертензия В) паренхиматозное заболевание почек Г) коарктация аорты</p>	Б
146.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) измерение артериального давления на ногах Б) ультразвуковое исследование сосудов почек В) внутривенная урография Г) ренальная ангиография</p>	Г
147.	<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ) ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>А) 2-3 Б) 4 В) 6 Г) 12</p>	А
148.	<p>ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ</p> <p>А) повышенное на руках, пониженное на ногах Б) сниженное систолическое, нормальное диастолическое В) сниженное систолическое, повышенное диастолическое Г) нормальное или повышенное систолическое, сниженное</p>	Г

	диастолическое	
149.	НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ А) гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС Б) снижения температуры В) сосудистого спазма Г) перераспределения лимфы	В
150.	РАЗВИТИЕ ОТЕКА ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЛИМФАДЕНИТЕ СВЯЗАНО С А) формированием аденофлегмоны Б) гнойным расплавлением лимфоузла В) развитием периаденита Г) несостоятельностью местного иммунитета	В
151.	ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ГРУПП ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ _____ А) торакальные Б) подмышечные В) подключичные Г) шейные	Г
152.	ПРИ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОМ ДИАГНОЗЕ ДЕТИ С ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ ПОДЛЕЖАТ СОВМЕСТНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ А) педиатра и гематолога Б) иммунолога и онколога В) гематолога и аллерголога Г) ревматолога и иммунолога	А
153.	ПОДАВЛЕНИЕ ИНФЕКЦИИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ВОЗМОЖНО С ____ ЛЕТ А) 3 – 5 Б) 7 – 8 В) 10 – 12 Г) 1 – 2	Б
154.	РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ЭТО УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛА А) обусловленное иммунной реакцией на аутоиммунные процессы Б) обусловленное воспалительным процессом в ткани узла В) обусловленное иммунной реакцией на удаленный очаг инфекции Г) при наличии фиксированного очага проникновения инфекции	Г
155.	ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕЙ БИОПСИИ ЛИМФОУЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ _____ ЛИМФОУЗЛОВ А) заднешейных и надключичных Б) переднешейных и подчелюстных	А

	В) паховых и подколенных Г) переднейшейных и подмышечных	
156.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ПРИ ФЕЛИНОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО _____ А) 12 месяце Б) 6 месяцев В) в4 месяцев Г) 2 – 3 недель	В
157.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ ВЭБ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО А) персистирующие лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия Б) периодически возникающие лихорадка и лимфаденопатия В) периодически возникающая лихорадка и гепатоспленомегалия Г) длительный астенический синдром после острой инфекции	А
158.	ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА _____ А) ограниченную и распространенную Б) локализованную и генерализованную В) болезненную и безболезненную Г) единичную и множественную	Б
159.	ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЬПАЦИИ _____ ЛИМФОУЗЛОВ ВСЕГДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ А) подчелюстных Б) подмышечных В) надключичных Г) паховых	В
160.	О ЧАСТОМ РЕЦИДИВИРОВАНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СПРАВЕДЛИВО ГОВОРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ А) двух и более обострений за 6 месяцев Б) одного обострения за 6 месяцев В) одного обострения за 12 месяцев Г) двух обострений за 12 месяцев	А
161.	ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ПРЕДНИЗОЛОН А) 2 мг/кг/сутки (максимальная доза 60 мг/сутки) в три приема в течении 4-6 недель Б) 2 мг/м ² /сутки в три приема в течении 4-х недель В) 60 мг/м ² /сутки в три приема в течении 2-х недель Г) 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2-х недель	А
162.	ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА А) гипоальбуминемия Б) гиперальбуминемия	А

	<p>В) гиполипидемия Г) гиперпротеинемия</p>	
163.	<p>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ И</p> <p>А) массивная протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия Б) протеинурия, гиперлипидемия, макрогематурия В) протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия Г) лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия</p>	А
164.	<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 60 МГ/М2/СУТКИ (МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА 60 МГ/СУТКИ) В ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 4-6 недель Б) 2-3 недели В) 1 неделю Г) 12 недель</p>	А
165.	<p>ПРИ СТЕРОИДОРЕЗИСТЕНТНОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 30 МГ/КГ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) метилпреднизолон Б) преднизолон В) дексаметазон Г) гидрокортизон</p>	А
166.	<p>С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ</p> <p>А) энalapрил Б) лабеталол В) верошпирон Г) фуросемид</p>	А
167.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) стероидрезистентный нефротический синдром Б) часто рецидивирующий нефротический синдром В) поликистоз почек Г) мочекаменная болезнь</p>	А
168.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) идиопатический нефротический синдром Б) синдром Альпорта В) врожденный нефротический синдром Г) хронический тубулоинтерстициальный нефрит обменного генеза</p>	А
169.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ПРОВОДЯТ ПРОБУ</p> <p>А) Мак-Клюра-Олдрича Б) Зимницкого В) Нечипоренко</p>	А

	Г) Реберга	
170.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД</p> <p>А) контроля массы тела и диуреза Б) пальпации В) перкуссии Г) контроля выпитой жидкости</p>	А
171.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) бледность кожных покровов Б) появление в вечернее время В) сопровождение отеков зудом Г) сопровождение отеков сыпью</p>	А
172.	<p>ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>1. системная красная волчанка 2. геморрагический васкулит 3. болезнь минимальных изменений 4. фокально-сегментарный гломерулосклероз</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 3,4</p>	В
173.	<p>ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ</p> <p>А) массивная протеинурия Б) лейкоцитурия В) цилиндрурия Г) гематурия</p>	А
174.	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ</p> <p>А) белок в моче Б) эритроциты в моче В) бактериурию Г) лейкоциты в моче</p>	А
175.	<p>НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЕЙ _____ МГ/М2/ЧАС</p> <p>А) более 40 Б) 10 В) 20 Г) 15</p>	А
176.	<p>ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) массивная протеинурия Б) гиполипидемия В) гипертония</p>	А

	Г) гипофибриногенемия	
177.	<p>ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА</p> <p>А) протеинурия более 2,5-3,0 г/сутки</p> <p>Б) гематурия более 1млн./сутки</p> <p>В) бактериурия более 100000 КОЕ в 1 мл</p> <p>Г) лейкоцитурия более 40 млн./сутки</p>	А
178.	<p>ПРИ ОБОСТРЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>А) повышением СОЭ</p> <p>Б) лейкопенией</p> <p>В) эозинофилией</p> <p>Г) тромбоцитопенией</p>	А
179.	<p>ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА</p> <p>А) гипоальбуминемия, выраженная протеинурия</p> <p>Б) гиполипидемия, гематурия</p> <p>В) гипертония, макрогематурия</p> <p>Г) гипофибриногенемия, лейкоцитурия</p>	А
180.	<p>КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>отечный синдром</p> <p>высокая лихорадка</p> <p>выраженная интоксикация</p> <p>суставной синдром</p>	А
181.	<p>ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>А) нефротического синдрома</p> <p>Б) хронического гломерулонефрита с синдромом гематурии</p> <p>В) пиелонефрита</p> <p>Г) тубулоинтерстициального нефрита</p>	А
182.	<p>В ПАТОГЕНЕ РАЗВИТИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИГРАЕТ РОЛЬ</p> <p>А) увеличение проницаемости клубочкового фильтра для белка вследствие функционального или структурного повреждения</p> <p>Б) микрообно - воспалительный процесс мочевыводящий путей</p> <p>В) неструктивное, неспецифическое воспаление канальцевого аппарата почек</p> <p>Г) гидронефротическая трансформация почки</p>	А
183.	<p>ПАТОГЕНЕЗ НЕФРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ОБУСЛОВЛЕН</p> <p>А) гипоальбуминемией и падением онкотического давления плазмы крови</p> <p>Б) артериальной гипертензией</p> <p>В) гиперлипидемией</p> <p>Г) гиперкалиемией</p>	А
184.	<p>ПРИЧИНОЙ ЧАСТЫХ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ</p>	А

	<p>СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) потеря IgG с мочой и депрессия Т-клеточного звена иммунитета</p> <p>Б) гиперлипидемия</p> <p>В) отечный синдром</p> <p>Г) тромбические осложнения</p>	
185.	<p>ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>А) гиповолемии</p> <p>Б) артериальной гипертензии</p> <p>В) присоединения пневмонии</p> <p>Г) белково-энергетической недостаточности</p>	А
186.	<p>ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ ___ Г/Л</p> <p>А) менее 25</p> <p>Б) 40-45</p> <p>В) 35-37</p> <p>Г) 30-32</p>	А
187.	<p>ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ О НАЛИЧИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>А) повышение уровня креатинина</p> <p>Б) повышение уровня холестерина</p> <p>В) понижение уровня натрия</p> <p>Г) понижение уровня калия</p>	А
188.	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) снижение IgG</p> <p>Б) повышение IgG</p> <p>В) повышение IgA</p> <p>Г) снижение IgM</p>	А
189.	<p>С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ В КРОВИ</p> <p>А) АТ к ДНК</p> <p>Б) АСЛ-О</p> <p>В) общего белка</p> <p>Г) цистатина С</p>	А
190.	<p>ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА — ЭТО</p> <p>А) врожденный нефротический синдром</p> <p>Б) быстро прогрессирующий гломерулонефрит</p> <p>В) хронический гломерулонефрит</p> <p>Г) волчаночный нефрит</p>	А
191.	<p>ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СЫВОРОТКЕ</p>	А

	<p>КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ</p> <p>А) креатинина Б) альбумина В) билирубина Г) холестерина</p>	
192.	<p>ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) скорость клубочковой фильтрации Б) креатинин сыворотки крови В) мочевины сыворотки крови Г) мочевая кислота сыворотки крови</p>	А
193.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) обструктивная уропатия Б) гиперактивный мочевой пузырь В) острый цистит Г) острый поствирусный тубулоинтерстициальный нефрит</p>	А
194.	<p>ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/ 1,73м² в течение более 3-х месяцев Б) повышение уровня С-реактивного белка В) гипергликемия Г) гиперальбуминемия</p>	А
195.	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НАЗНАЧАЮТ</p> <p>А) активные формы витамина D3 Б) ингибиторы АПФ В) антикоагулянты Г) глюкокортикоиды</p>	А
196.	<p>КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЛУЖИТ СОХРАНЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ХБП, БОЛЕЕ</p> <p>А) 3 месяцев Б) 12 месяцев В) 6 месяцев Г) 1 месяца</p>	А
197.	<p>ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>А) клиренс эндогенного креатинина Б) осмолярность мочи В) относительная плотность мочи Г) уровень общего белка крови</p>	А
198.	<p>СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>1) ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p>	В

	<p>2) СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ 3) РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ 4) НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4</p>	
199.	<p>СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ДНЕМ И НОЧЬЮ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ А) 2:1 Б) 0,5:1 В) 1:1 Г) 1:2</p>	А
200.	<p>ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ А) аминогликозиды Б) цефалоспорины В) пенициллины Г) азитромицин</p>	А
201.	<p>ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН НА А) 2/3 Б) 1/3 В) 1/2 Г) ¼</p>	А
202.	<p>КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ А) проба Зимницкого Б) белок и белковые фракции В) уровень протеинурии Г) суточная экскреция электролитов с мочой</p>	А
203.	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО формуле Шварца уровню креатинина крови формуле Кокрофт-Голта формуле СКД-ЕРІ</p>	А
204.	<p>ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) аутосомно-рецессивный поликистоз почек Б) хронический пиелонефрит В) хронический гломерулонефрит Г) волчаночный нефрит</p>	А
205.	<p>ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК</p>	А

	<p>А) 5 Б) 4 В) 3 Г) 6</p>	
206.	<p>ПРИМЕНЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ МЕТОДОВ СКФ НЕВОЗМОЖНО</p> <p>А) при нестандартных параметрах тела (отсутствие конечности, ожирение, истощение) Б) ребенку с хроническим гломерулонефритом В) ребенку с двусторонним гидронефрозом Г) ребенку с пузырно-мочеточниковым рефлюксом</p>	А
207.	<p>ПРИ ДВУСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>А) эналаприла Б) фуросемида В) метопролола Г) спиронолактона</p>	А
208.	<p>СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 1 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ _____мл/мин/1,73 м²</p> <p>А) более 90 Б) 30-59 В) 60-89 Г) 15-29</p>	А
209.	<p>СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 2 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ _____мл/мин/1,73м²</p> <p>А) 60-89 Б) 30-59 В) более 90 Г) 15-29</p>	А
210.	<p>ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ</p> <p>А) 1 раз в неделю Б) 1 раз в месяц В) 1 раз в 3 месяца Г) ежедневно</p>	А
211.	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) острый лейкоз Б) апластическая анемия В) инфекционный мононуклеоз Г) тромбоцитопеническая пурпура</p>	А
212.	<p>КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ _____%</p>	А

	<p>А) 5 Б) 2 В) 12 Г) 15</p>	
213.	<p>КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА? А) миелограмма Б) гемограмма В) иммунограмма Г) коагулограмма</p>	А
214.	<p>ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ А) исследование костного мозга Б) анализ периферической крови В) биохимическое исследование крови Г) исследование антигенов гистосовместимости</p>	А
215.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ _____ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА А) лимфобластный Б) миеломонобластный В) мегакариоцитарный Г) промиелоцитарный</p>	А
216.	<p>В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОЗОМ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ А) тромбоцитов Б) «отмытых» эритроцитов В) криопреципитата Г) концентратов факторов свёртывания</p>	А
217.	<p>ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ А) миелограммы Б) общего анализа крови В) пунктата лимфатического узла Г) коагулограммы</p>	А
218.	<p>ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ ___ % БЛАСТОВ В МИЕЛОГРАММЕ А) 50 Б) 10 В) 15 Г) 5</p>	А
219.	<p>РИСК НЕБЛАГОПРЯТНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОВЫШАЕТ _____ СИНДРОМ А) нейролейкемический Б) гиперпластический В) геморрагический</p>	А

	Г) интоксикационный	
220.	ЛЕЧЕНИЕ НЕФРИТА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ А) преднизолон и циклофосфан Б) аспирин и преднизолон В) сульфосалазин и аспирин Г) преднизолон и фурагин	А
221.	ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ 1. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЧАСТО ПРЕДСТАВЛЕНЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ СЫПЬЮ 2. ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СУСТАВЫ 3. ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ДИФФУЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА 4. НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ Верный ответ А) 1, 2, 3 Б) 1, 3 В) 2, 4 Г) 1, 2, 3, 4	Г
222.	СЫПЬ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ А) полиморфная, появляется одномоментно на всем теле Б) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище В) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях Г) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище	В
223.	ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА, КИШЕЧНИК И А) суставы, почки Б) суставы, легкие В) сердце, почки Г) легкие, ЦНС	А
224.	В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ А) анализ кала на скрытую кровь Б) определение общего белка и белковых фракций В) общий анализ мочи Г) клинический анализ крови	А
225.	ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ОДНОЙ РУКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ А) Такаясу Б) Хашимото В) Вегенера Г) Кавасаки	А
226.	ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ	Б

	<p>А) анулярная эритема и ревматические узелки Б) некроз кожи и локальные отеки В) малая хорея и утренняя скованность Г) дефицит пульса и снижение артериального давления</p>	
227.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) миокардит Б) ливедо В) кальциноз мышц Г) склеродактилия</p>	Б
228.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КАВАСАКИ ОТСУТСТВУЮТ ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ А) метилпреднизолона Б) амоксициллина В) внутривенного иммуноглобулина Г) ацетилсалициловой кислоты</p>	Б
229.	<p>ОСЛОЖНЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ КОТОРОМ ИНФОРМАТИВЕН ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ А) синдром Хаммена–Рича Б) перикардит В) амилоидоз Г) дигитальный ангиит</p>	В
230.	<p>ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СЧИТАЮТ А) повышение уровня СРБ Б) повышение уровня ЛДГ В) лейкоцитоз Г) титр АСЛ-О</p>	А
231.	<p>ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СЧИТАЮТ А) ускорение СОЭ Б) повышение уровня ЛДГ В) лейкоцитоз Г) титр АСЛ-О</p>	А
232.	<p>ОБ АКТИВНОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ А) утренняя скованность больше 1 часа Б) повышение АЛТ, АСТ В) наличие узелков Гебердена Г) высокий титр АСЛ-О</p>	А
233.	<p>ПАННУС – ЭТО А) агрессивная грануляционная ткань Б) утренняя скованность больше 1 часа В) повышение АЛТ Г) узелок над разгибательной поверхностью сустава</p>	А

234.	<p>К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ОКОЛОСУСТАВНОЙ ОСТЕОПОРОЗ 2. ЭРОЗИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ 3. КИСТЫ В ЭПИФИЗАХ 4. СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ <p>Верный ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1, 2, 3 Б) 1, 3 В) 2, 4 Г) 1, 2, 3, 4 	А
235.	<p>ОБЩИМ ПРИЗНАКАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. НАЛИЧИЕ САКРОИЛЕИТА 2. АСИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СУСТАВОВ 3. ТЕНДЕНЦИЯ К СЕМЕЙНОЙ АГРЕГАЦИИ 4. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <p>Верный ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) 1, 2, 3 Б) 1, 3 В) 2, 4 Г) 1, 2, 3, 4 	Г
236.	<p>ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ В ВИДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) ирита и иридоциклита Б) склерита В) конъюнктивита Г) блефарита 	А
237.	<p>К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) псориаз у родственников первой линии Б) артрит, ассоциированный с энтезитами В) перемежающуюся, летучую, эритематозную сыпь Г) постоянную, обильную папулезную сыпь 	В
238.	<p>ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) пиелонефритом Б) амилоидозом В) интерстициальным нефритом Г) дисметаболической нефропатией 	Б
239.	<p>ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА АРТРИТА В ЕГО ЛЕЧЕНИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> А) антибиотики Б) преднизолон 	В

	В) нестероидные противовоспалительные препараты Г) сульфаниламиды	
240.	НАЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЦЕЛЕСООБРАЗНО А) до еды Б) после еды В) вне зависимости от приема пищи Г) после приема антацидов	Б
241.	К БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМ НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ А) метотрексат Б) беклометазон В) триамцинолон Г) диклофенак	Г
242.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИМЕНЯЮТ А) противовоспалительные препараты Б) диуретики В) антибиотики Г) сердечные гликозиды	А
243.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ А) 0,02-0,03 Б) 0,2-0,3 В) 2,0-3,0 Г) 20,0-30,0	В
244.	В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ А) циклофосфамид Б) азатиоприн В) 6 меркаптопурин Г) метотрексат	Г
245.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО ОДНОВРЕМЕННО НАЗНАЧИТЬ А) фолиевую кислоту Б) ретинол В) соли калия и магния Г) пиридоксин	А
246.	ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ, КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ А) ритуксимаб	А

	<p>Б) адалимумаб В) абатацепт Г) тоцилизумаб</p>	
247.	<p>ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ ИЛИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦЕВ А) 5 Б) 6 В) 8 Г) 12</p>	Б
248.	<p>ОСМОТР ВРАЧОМ-РЕВМАТОЛОГОМ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ, ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В А) 1 месяц Б) 3 месяца В) 6 месяцев Г) 1 год</p>	А
249.	<p>ДЕТЯМ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ А) бег Б) езду на велосипеде В) прыжки Г) активные игры</p>	Б
250.	<p>ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ПРОВОДИТСЯ _____ РАЗ(А) В ГОД А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4</p>	Б
251.	<p>ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ 1) СТОЙКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СУСТАВОВ 2) НЕСТОЙКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СУСТАВОВ 3) ПОРАЖЕНИЯ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ СУСТАВОВ 4) ЛЕТУЧЕСТИ БОЛЕЙ 5) ИСЧЕЗНОВЕНИЯ БОЛИ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВП Верный ответ А) 3,4,5 Б) 1,3,4 В) 2,4,5 Г) 1,4,5</p>	А
252.	<p>ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ «ПО ВЗРОСЛОМУ ТИПУ» ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ А) дистальные межфаланговые</p>	В

	<p>Б) коленные В) проксимальные межфаланговые Г) крестцово-подвздошное сочленение</p>	
253.	<p>К ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ОТНОСЯТ А) положительный ревматоидный фактор Б) повышение СОЭ В) протеинурию Г) анемию</p>	Б
254.	<p>К ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ОТНОСЯТ А) отрицательный ревматоидный фактор Б) обнаружение хламидий в соскобе из уретры В) повышение в крови содержания мочевой кислоты Г) анемию</p>	Б
255.	<p>ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ _____ СУСТАВОВ А) дистальных межфаланговых Б) проксимальных межфаланговых В) лучезапястных суставов Г) коленных суставов</p>	В
256.	<p>ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО А) механические боли Б) повышение кожной температуры над суставом В) припухлость сустава Г) гиперпигментация кожи над пораженным суставом</p>	А
257.	<p>ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО А) хруст в суставе Б) гиперемия кожи над суставом В) припухлость сустава Г) гиперпигментация кожи над пораженным суставом</p>	А
258.	<p>К ФАКТОРАМ, ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА, ОТНОСЯТ 1) ДИСПЛАЗИЮ СУСТАВОВ 2) ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ 3) ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПЕРЕГРУЗКУ С МИКРОТРАВМАТИЗАЦИЕЙ 4) НАСЛЕДСТВЕННОЕ СНИЖЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ХРЯЩА К ОБЫЧНЫМ НАГРУЗКАМ ВЕРНЫЙ ОТВЕТ А) 1,2,3,4 Б) 1,3 В) 2,4 Г) 1,2,3</p>	А
259.	<p>ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ А) дистальные межфаланговые Б) проксимальные межфаланговые</p>	А

	В) I запястно-пястные Г) голеностопные	
260.	ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ А) тазобедренные Б) локтевые В) пястно-фаланговые Г) крестцово-подвздошные сочленения	А
261.	ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ А) проксимальные межфаланговые Б) I запястно-пястные В) коленные Г) локтевые	В
262.	ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ А) пястно-фаланговые Б) позвоночника В) крестцово-подвздошные сочленения Г) голеностопные	Б
263.	ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ К ВАРИАНТАМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ А) утреннюю скованность более 1 часа Б) «стартовые» боли В) ночные боли, обусловленные внутрикостной гипертензией Г) энтезопатии	Б
264.	ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ К ВАРИАНТАМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ А) утреннюю скованность более 1 часа Б) ночные боли, обусловленные внутрикостной гипертензией В) боли при механической нагрузке Г) энтезопатии	В
265.	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТОАРТРОЗА ОТНОСЯТ А) утреннюю скованность менее 30 минут Б) теносиновит В) энтезопатии Г) дактилит	А
266.	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТОАРТРОЗА ОТНОСЯТ А) крепитацию в суставах при движениях Б) утреннюю скованность не менее 1 часа В) энтезопатии Г) дактилит	А
267.	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТОАРТРОЗА	В

	<p>ОТНОСЯТ</p> <p>А) утреннюю скованность не менее 1 часа</p> <p>Б) энтезопатии</p> <p>В) ограничение подвижности в суставах</p> <p>Г) дактилит</p>	
268.	<p>К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТОАРТРОЗА ОТНОСЯТ</p> <p>А) утреннюю скованность не менее 1 часа</p> <p>Б) энтезопатии</p> <p>В) деформацию суставов</p> <p>Г) дактилит</p>	В
269.	<p>СИМПТОМ КУШЕЛЕВСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ</p> <p>А) суставов поясничного отдела позвоночника</p> <p>Б) симфиза</p> <p>В) тазобедренных суставов</p> <p>Г) илеосакральных сочленений</p>	Г
270.	<p>ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ</p> <p>1. УВЕЛИЧЕНИЕМ ЭКСКРЕЦИИ ГИДРОКСИПРОЛИНА</p> <p>2. УВЕЛИЧЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬЦИЯ</p> <p>3. ПОВЫШЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ</p> <p>4. ПОВЫШЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ФИБРИНОГЕНА В СЫВОРОТКЕ</p> <p>ВЕРНЫЙ ОТВЕТ</p> <p>А) 1,2,3</p> <p>Б) 1,3</p> <p>В) 2,4</p> <p>Г) 4</p>	А
271.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) летучесть болей</p> <p>Б) поражение мелких суставов</p> <p>В) утренняя скованность суставов</p> <p>Г) длительное течение артрита</p>	А
272.	<p>К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ</p> <p>А) увеличение СРБ</p> <p>Б) артралгия</p> <p>В) увеличение СОЭ</p> <p>Г) полиартрит</p>	Г
273.	<p>К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ</p> <p>А) полиартрит</p> <p>Б) повышение титра АСЛО</p> <p>В) снижение зубца Т на ЭКГ</p>	А

	Г) увеличение QT на ЭКГ	
274.	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ-ДЖОНСУ-НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ А) повышение титра АСЛО Б) абдоминальный синдром В) полиартрит Г) снижение зубца Т на ЭКГ	В
275.	К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ А) полиартрит Б) кардит В) артралгия Г) анулярная эритема	В
276.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА А) подострое начало Б) преимущественное поражение мелких суставов В) быстрое обратное развитие воспалительного процесса Г) эрозивные изменения суставных поверхностей	В
277.	В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ АРТРИТА «ЛЕТУЧЕГО» ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ О А) синдроме Рейтера Б) ювенильном идиопатическом артрите В) острой ревматической лихорадке Г) системной красной волчанке	В
278.	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. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ А) постинфекционный миокардит Б) острая ревматическая лихорадка В) ревматоидный артрит Г) септический кардит	Б
279.	ДЕВУШКА 17 ЛЕТ С ЯВЛЕНИЯМИ АРТРИТА КОЛЕННОГО И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВОВ. НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ УЗЛЫ РАЗМЕРОМ С 3-5 СМ С ЦИАНОТИЧНОЙ ОКРАСКОЙ КОЖИ НАД НИМИ. СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ - 35 ММ/Ч. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ А) ревматоидный артрит Б) острая ревматическая лихорадка В) синдром Лефгрена (форма саркоидоза)	В

	Г) вирусный артрит	
280.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) гепатотоксические Б) нефротоксические В) гематологические Г) желудочно-кишечные</p>	Г
281.	<p>РАЗВИТИЕ АЛОПЕЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) ювенильном идиопатическом артрите Б) острой ревматической лихорадке В) системной красной волчанке Г) ювенильном дерматомиозите</p>	В
282.	<p>РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>А) ювенильного идиопатического артрита Б) острой ревматической лихорадки В) системной склеродермии Г) системной красной волчанки</p>	Г
283.	<p>ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, СЕРОЗИТ, НЕФРИТ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ</p> <p>А) системной красной волчанки Б) системной склеродермии В) ювенильного идиопатического артрита Г) острой ревматической лихорадки</p>	А
284.	<p>К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) повышение титров АСЛО и АСГ Б) ревматоидный фактор и сиаловые кислоты В) АНФ и АТ к двуспиральной ДНК Г) положительная реакция Райта и Хеддельсона</p>	В
285.	<p>ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ</p> <p>А) антител к двуспиральной ДНК Б) ревматоидного фактора В) антинейтрофильных цитоплазматических антител Г) креатинфосфокиназы</p>	А
286.	<p>ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <p>А) тромбоцитоз, лимфоцитоз Б) тромбоцитопения, эозинофилия В) лейкоцитоз, тромбоцитопения Г) лейкопения, тромбоцитопения</p>	Г
287.	ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВЫХ ДУГАХ	Г

	<p>С ТЕНДЕНЦИЕЙ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ НА НАЗОЛАБИАЛЬНЫЕ СКЛАДКИ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) узловой эритеме Б) ювенильном дерматомиозите В) системной склеродермии Г) системной красной волчанке</p>	
288.	<p>ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ</p> <p>А) на спинке носа, щеках Б) на животе В) на разгибательных поверхностях конечностей Г) в межпальцевых промежутках</p>	А
289.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) мышечная слабость Б) геморрагическая сыпь В) деструктивная артропатия Г) асимметрический полирадикулоневрит</p>	А
290.	<p>ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>А) нефропатия Б) синдром Рейно В) нейропатия Г) генерализованное поражение мышц</p>	Г
291.	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) нестероидные противовоспалительные препараты Б) системные глюкокортикостероиды В) антигистаминные препараты Г) спазмолитики</p>	Б
292.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) болезни Шенлейна–Геноха Б) ювенильном дерматомиозите В) ювенильном артрите Г) склеродермии</p>	Г
293.	<p>ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ</p> <p>А) 3 года Б) 5 лет В) 10 лет Г) до передачи во взрослую поликлинику</p>	Г
294.	<p>ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ</p> <p>А) 1 раз в месяц Б) 1 раз в квартал</p>	А

	<p>В) 1 раз в год Г) 2 раза в год</p>	
295.	<p>ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ IGG В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ А) пиелонефрите Б) системной красной волчанке В) цистите Г) гломерулонефрите нефротической формы</p>	Б
296.	<p>ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ А) повышение иммуноглобулинов Б) тромбоцитопения В) LE-клетки Г) лейкоцитоз</p>	В
297.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ РЕГУЛЯРНО А) консультацию окулиста Б) клинический анализ крови В) рентгенографию (для выявления остеопороза костей) Г) измерение артериального давления</p>	Б
298.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ РЕГУЛЯРНО А) консультацию окулиста Б) биохимический анализ крови В) рентгенографию (для выявления остеопороза костей) Г) УЗИ органов брюшной полости</p>	Б
299.	<p>ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ КРОВИ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ А) диклофенака Б) папаверина В) тавегила Г) супрастинна</p>	А
300.	<p>К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ А) инстенон Б) метипред В) урбазон Г) лорноксикам (ксефокам)</p>	Г

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Подросток 13 лет наблюдается нефрологом, обратился к участковому педиатру для контрольного обследования в декретированный срок проведения контрольного обследования.

Наблюдается с 9 летнего возраста с диагнозом: Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек (АДРБП). Хроническая болезнь почек 2 стадии. (С2А2).

Семейный анамнез отягощен по АДПБП (у отца, и бабушки ребенка АДПБП). В течение последних 2-х месяцев при нерегулярном измерении АД отмечается повышение АД до 130/80-140/80 мм.рт.ст. Ранее артериальное давление было в норме.

При осмотре состояние удовлетворительное, активных жалоб нет. Рост – 160 см, Вес – 56 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧСС – 80 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Стул в норме, ежедневно. Дизурии нет.

По результатам проведенного лабораторно-инструментального обследования:

-клинический анализ крови: без патологических изменений.

-биохимический анализ крови: гиперазотемия (мочевина 3,4 ммоль/л -норма, повышение уровня креатинина 87,91 мкмоль/л). рСКФ по Bedside Schwartz 66,4 мл/мин/1,73 м². Электролиты (Ca, K, P, Na) -в пределах нормы.

-в клин. ан. мочи: уд. вес 1026, рН 5,5, белок 0,238 г/л, эритроц. – 2-3 в п/зр, патологическая цилиндрурия 1.28 кол/ мкл, Le ед. в п/зр.

- альбумин/креатинин соотношение 130 мг/г

- суточная протеинурия 0,5 гр.

- анализ мочи по Зимницкому: Размах уд. веса от 1000 до 1018, СД-1080 мл, Дневной диурез-670 мл, Ночной диурез-410 мл.

-УЗИ органов мочевой системы: эхопризнаки поликистоза почек.

Вопросы:

- 1.Какие дополнительные методы обследования инструментальные и консультации специалистов показаны подростку по поводу повышенного артериальным давлением
- 2.Какая терапия показана пациенту, какая группа препаратов может быть назначена с учетом имеющейся ХБП
3. До какого возраста показано наблюдение данного пациента нефрологом

Ответ:

1. ЭКГ, ЭХО-КГ, суточное мониторирование АД, консультации окулиста, кардиолога
2. Гипотензивная и нефропротективная терапия (например ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента)
3. Ребенок наблюдается нефрологом весь период детства – до 18 лет.

Задача 2

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в отделение патологии новорожденных в состоянии средней тяжести. Мама предъявляет жалобы на высыпания на коже гнойничкового характера, располагающиеся по всему телу. С преимущественным поражением в складках шеи, в паховых и подмышечных областях.

Анамнез: маме 28 лет, 1 беременность, протекала на фоне вагинального кандидоза в 1,2 триместре. Роды первые срочные самостоятельные на 39-ой неделе, с родовым излитием вод и длительным безводным промежутком (13 часов). Вес 3600г, рост 52.0 см, выписка из родильного дома в срок. С 8 дня жизни у ребенка появление нескольких элементов сыпи гнойного характера в области шеи, там же и вслед за этим - в области паховых складок красного цвета с шелушением и неровными фестончатыми краями. Дома обрабатывали детским кремом, присыпкой. Количество элементов со временем увеличилось, приобрели гнойничковый характер по типу везикул, пустул.

При осмотре – масса тела – 3640г, по внутренним органам – без особенностей. Местно на различных участках кожи множественные элементы сыпи везикулезно-пустулезного характера, в складках кожи - шеи, паховых и подмышечных - элементы опрелости располагающейся с возвышением над кожей с шелушением и неровными фестончатыми краями.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать).
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний.
3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм).

Ответ:

1. Везикулопустулез. Кандидоз кожи. Период новорожденности.
2. Факторы риска по развитию везикулопустулеза - длительный безводный промежуток, родовое излитие вод. Течение у матери вагинального кандидоза - обострение вагинальной молочницы во время беременности.
3. Лечение: Кандидоз - обработка местно - клотримазол, кандид кремь, раствор метиленового синего 1%. Везикулопустулез - снятие гнойных элементов раствором спиртовым или мирамистином, прижигание красителем. Антибактериальная терапия (при прогрессировании местного процесса гнойничкового характера).

Задача 3

Мальчик 9 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии с макрогематурией, артериальной гипертензией, умеренным отечным синдромом. Клинические проявления развились через 3 недели после перенесенной ангины, получал местное лечение.

Состояние при поступлении:

T - 36,7 С. ЧСС - 85 в 1 мин. ЧДД – 18 в 1 мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Вес 30 кг, рост 138 см. Состояние при поступлении тяжелое. На момент осмотра жалоб нет. Правильного типа телосложения, удовлетворительного питания.

Кожные покровы бледные, чистые от инфекционной и аллергической сыпи, небольшие отеки лица и голеней. Миндалины гипертрофированы 2 ст., чистые. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Область суставов визуально не изменена, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Периферические лимфатические узлы: пальпируются по основным группам -з/шейные, тонзиллярные - мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Перкуторно границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул, оформленный, без патологических примесей, 1 раз в сутки. Симптом "поколачивания" положителен с сторон. Мочеиспускание свободное, моча цвета «мясных помоев». Диурез адекватный.

По лабораторным данным при поступлении

- в ан. крови:

- в биохимии крови - мочевины 7,4 ммоль/л, креатинин 54 мкмоль/л (норма до 65 мкмоль/л), (рСКФ по Bedside Schwartz 93,2 мл/мин/1,73 м²), общий белок – 62 г/л, альбумин – 35 г/л., электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме, холестерин – 4,5 ммоль/л.
- общем анализе мочи: уд.вес 1016, белок – 1 г/л, эритроциты – 120 в п/зрения, л-5-7 в п/зр. суточная протеинурия 0,968 гр.

При поступлении осмотрен д/хирургом - данных за хирургическую патологию нет. По данным УЗИ эхографические признаки "малого" гидронефроза, умеренного увеличения размеров почек без изменения эхоструктуры паренхимы. По данным рентгенограммы органов грудной клетки - обогащение легочного рисунка.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром имеющийся у ребенка
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его
3. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.

Ответ:

1. Нефритический синдром, включающий в себя отеки, артериальную гипертензию, протеинурию, гематурию.
2. Предварительный диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Функция почек сохранена. Диагноз поставлен на основании: анамнеза – дебют заболевания через 3 недели после перенесенной ангины; клинической картины – нефритический синдром.
3. Основные группа лекарственных препаратов в лечении постстрептококкового гломерулонефрита - антибактериальные, антикоагулянтные или антиагрегантные препараты, диуретики, гипотензивные.

Задача 4

Девочка 5 лет поступила в отделение нефрологии по экстренным показаниям с рецидивом нефротического синдрома.

Анамнез заболевания.

Дебют нефротического синдрома с 4 лет, когда появились отеки в области лица, передней брюшной стенки, голеней. Находилась на лечении в нефрологическом отделении с диагнозом: Нефротический синдром, дебют, функция почек сохранена. По данным УЗИ почек структурных изменений не выявлено. Получала преднизолон по протоколу лечения нефротического синдрома, посиндромную терапию с положительным эффектом, с постепенным снижением и отменой преднизолона через 5 месяцев. Настоящее обострение развилось через 3 месяца после отмены преднизолона, на фоне течения ОРВИ. Ребенок был госпитализирован в отделение нефрологии.

Состояние при поступлении в отделение тяжелое. Рост/длина тела: 110 см; Масса тела: 19 кг; Температура: 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые, отеки в области век, голеней, стоп, передней брюшной стенки. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД – 90/60. ЧСС-90 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Диурез снижен (за сутки выделила 450 мл).

По результатам лабораторно-инструментального обследования при поступлении:

- клин. ан. Крови: Нб – 130 г/л; лейкоциты – 10×10^9 /л, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; тромбоциты – 250×10^9 /л; СОЭ – 32 мм/час..
- биохимия крови: мочевины 2,2 ммоль/л, креатинин 43,6 мкмоль/л, СКФ по Bedside Schwartz 100,4 мл/мин. СРБ 2,3 мг/л, общий белок - 48,9 г/л, альбумин -16 г/л, триглицериды 1,77 ммоль/л, холестерин 7,62 ммоль/л, электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме
- снижение IgG - 5,89 г/л, повышение С3 фракции комплемента -1.45 г/л,
- коагулограмма: (гиперфибриногенемия 6,52 г/л, укорочение АТ III до 58%). D-димеры 517 нг/мл -норма.
- общий анализ мочи: уд.вес 1035, рН 6,0, белок - 14,0 г/л, Л-1-2 в п/зр, эр. – 1-2 а в п /зр.
- суточная протеинурия - 13,12 гр.;
- УЗИ органов брюшной полости: эхографические признаки: «малого» гидроперитонеума, невыраженной спленомегалии без изменения эхоструктуры паренхимы.
- УЗИ почек: эхографические признаки небольшого увеличения индексов почечной массы без изменения эхоструктуры паренхимы и интрапаренхиматозного кровотока, «малого» гидроперитонеума.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Составьте план лечения
3. Назовите побочные действия стероидной терапии

Ответ:

1. Стероидчувствительный нефротический синдром, 1 рецидив, обострение. Хроническая болезнь почки, стадия 1. У ребенка имеет место обострение нефротического синдрома: дебют заболевания 8 месяцев назад, отмечался положительный эффект на стероидную терапию. В настоящее время после ОРВИ отмечается развития отечного синдрома, по лабораторным показателям - гипоальбуминемия, массивная протеинурия, гиперхолестеринемия, что соответствует нефротическому синдрому, функция почек по клубочковой фильтрации сохранена.
2. Диета с ограничением соли, преднизолон, антикоагулянты, альбумин 20% в/в, мочегонные препараты (верошпирон, фуросемид), эзомепразол, препараты кальция и витамина Д.
3. Экзогенный гиперкортицизм (синдром Кушинга), остеопороз и остеопения, катаракта, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, задержка роста, гипокалиемия, стероидный диабет, психотические реакции

Задача 5

Мать с мальчиком 5 лет (рост – 110 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков предшествовала ОРВИ. Из поликлиники ребенок по скорой помощи был госпитализирован в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела – 36,5°C, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 105/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см ниже рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – свободное, безболезненное, диурез снижен. Стул оформленный, регулярный (1 раз в день).

При экспресс – обследовании в приемном отделении: клинический анализ крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, тромбоциты – $280 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час; биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 36 мкмоль/л; СКФ по Bedside Schwartz -111 мл/мин, в общем анализе мочи: уд.вес – 1017, белок – 10 г/л, Л-1-2 в п/зрения, эр.-1-2 в п/зрения. По данным УЗИ почек структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз

2. Составьте план обследования данного пациента при поступлении в отделение нефрологии.
3. Назовите препарат патогенетической терапии показанный ребенку в данном случае, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии в дебюте этого заболевания.

Ответ:

1. Нефротический синдром, дебют. Функция почек сохранена.
2. Контроль диуреза и веса ежедневно, коагулограмма, контроль биохимического анализа крови (общий белок, альбумин, белковые фракции, мочевины, креатинин, мочевая кислота, глюкоза. АЛТ, АСТ, холестерин, триглицериды, К, Са, натрий, фосфор, СРБ), иммуноглобулины, С3, С4, суточная протеинурия, ан.мочи по Зимницкому, ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости.
3. Преднизолон назначается в таблетках. Терапия дебюта НС включает в себя курс перорального приема преднизолона в дозе 2 мг/кг/сутки (60 мг/м²), максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течении 4-6 недель. Далее проводится прием преднизолона в альтернирующем режиме (через день) в дозе 2/3 от лечебной (1,5 мг/кг/сутки или 40 мг/м², но не более 40 мг/сутки) в течение 4-6 недель. После завершения альтернирующего курса постепенно снижают преднизолон по 10 мг/м² в 7-10 дней до полной отмены. Длительность терапии кортикостероидами (КС) должна составлять 4-5 месяцев.

Задача 6

Семейный анамнез: у матери пиелонефрит в раннем возрасте. Ребенок наблюдается нефрологом с апреля 2023 г. (3г. 6 мес.) В течение последних 6 месяцев часто болеет ОРВИ. Дебют нефротического синдрома в апреле 2023 г. с появления отечного синдрома. Ребенок был госпитализирован в отделение нефрологии.

При поступлении в отделение состояние ребенка тяжелое. Жалобы на появление отеков. Вес 16 кг, рост 98 см. Кожные покровы бледные, чистые, отеки умеренные век и голеней. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД- 90/60. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез несколько снижен. Стул в норме.

По лабораторным показателям: в биохимическом анализе крови - гипоальбуминемия до 22 г/л, гипопроteinемия до 42 г/л, гиперхолестеринемия – 6,66 ммоль/л, креатинин – 39 мкмоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, по данным коагулограммы – гиперкоагуляция, по данным иммунологического исследования - снижение уровня IgG, суточная протеинурия – 1,7 г/сут.,

Клинический анализ крови при поступлении: Нв –120 г\л, Тромбоциты – 230x10⁹/л, , лейкоциты – 8,6x10⁹/л, , нейтроф. – 42%, лимфоциты- 46%, моноциты -9%, эозинофилы- 3% СОЭ – 40 мм/час

СКФ (по формуле Bedside-Шварца) – 91 мл/мин/1.73 м²

Ан.мочи от : белок – 2 г/л, л- 1-2 в п/зр, эр- 3-4 в п/зр.

УЗИ почек и мочевого пузыря: почки несколько увеличены в размерах, структурных изменений не выявлено.

Клинический диагноз. Нефротический синдром, дебют, активная стадия. Функция почек сохранена.

Получал преднизолон 35 мг/сут (60мг/м²) – 6 недель, посиндромную терапию. На фоне терапии купировался отечный синдром, однако сохранялась массивная протеинурия, появилась артериальная гипертензия. (эффекта от проводимой стероидной терапии не получено). Что потребовало назначения гипотензивной терапии (эналаприл). Через 6 недель в связи с отсутствием эффекта начато постепенное снижение преднизолона. При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие не страдает, пастозность век. АД – 120/80. Сохраняется массивная протеинурия (3г/сут), гипоальбуминемия (26 г/л), гиперхолестеринемия (6,44 ммоль/л). Функция почек сохранна (креатинин – 38 мкмоль/л СКФ по Bedside Schwartz - 94 мл/мин/1.73 м²)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом динамики течения заболевания.
2. Показания к какому методу обследования в настоящее время имеются у ребенка.
3. Назовите классификацию нефротического синдрома в зависимости от ответа на стандартную терапию преднизолоном.

Ответ:

1. Стероидрезистентный нефротический синдром, активная стадия. Артериальная гипертензия. Функция почек сохранена.
2. Стероидрезистентный нефротический синдром является показанием к проведению биопсии почки.
3. Нефротический синдром по отношению к стероидной терапии классифицируется:
 - Стероидчувствительный нефротический синдром (СЧНС) – СЧНС нерезидивирующий, редко рецидивирующий СЧНС, часто рецидивирующий СЧНС, стероидчувствительный строндзависимый нефротический синдром, позднечувствительный НС
 - Стероидрезистентный нефротический синдром

Задача 7

В детской поликлинике на приеме у педиатра - ребенок 2-х месяцев жизни. Жалоба родителей – снижение аппетита, плохая прибавка в весе (около 200 г за последний месяц жизни), некоторое беспокойство при кормлении ребенка.

Из анамнеза известно: Родители молодые. У мамы эрозия шейки матки, хронический вагинальный кандидоз с обострением в III триместре беременности. Беременность первая, протекала с ОРВИ (7 недель и 19 недель), лечилась амбулаторно симптоматическими средствами, в 34 недели - бронхит, получала антибактериальную терапию, после чего обострение вагинального кандидоза, терапии не получала.

Роды срочные, на 39-40 неделе, самостоятельные с родовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). При рождении 3100/52.0 см, Апгар 8/8, выписана на 5 сутки жизни из родильного дома. С 2-х недельного возраста у девочки периодически появление сыпи локально в области паха, околопупочной, в подмышечных областях. Мама самостоятельно

обрабатывала маслом Бюбхен (без эффекта).

В 1 мес. 17 дней ребенок болеет ОРВИ, получал антибактериальное лечение (суспензия аугментина), через 4 дня от начала терапии - вновь рецидив сыпи и появление выраженных белого цвета творожистых наложений в ротовой полости. Мама обрабатывала полость рта бурой в глицерине, раствором соды, эффект незначителен, высыпания держатся до сих пор.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте причину заболевания.
2. Оценка правильности проводимой терапии.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Кандидоз кожи и слизистых. У матери девочки не леченная длительно текущая вагинальная молочница с обострением во время беременности. Высока вероятность интранатального инфицирования - безводный промежуток - 9 часов.

2. Терапия проводимая участковым педиатром недостаточна и патогенетический не обоснована. Не надо обрабатывать маслом Бюбхен.

Местно - кремы Кандид, Клотримазол, Канестен. Обработка слизистой полости рта - раствором метиленовой син. водным 1-%, жидкостью для обработки полости рта -Кандид. Использование системного кандидобиотика - Дифлюкан, Микосист, Флюкостат в дозе 5 мг/ кг

Задача 8

При осмотре новорожденного в поликлинике, в 1 месяц жизни мама предъявляет жалобы врачу на повышенное беспокойство малыша, задержку стула.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я (1-я, мальчик, здоров, до 6 месяцев жизни страдал кишечной коликой), протекала с угрозой прерывания в 1 триместре (стационарное лечение), анемией, артериальной гипотонией. Роды на 38-й неделе, длительный безводный промежуток, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 8/8 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. Приложен к груди сразу, сосал вяло. В роддоме докармливался адаптированной молочной смесью. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение двух недель через несколько минут от начала кормления ребенок отказывается от бутылки, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Стул получают только после газоотводной трубки. Получает докорм молочной смесью.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Тургор тканей немного снижен. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Печень +2см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Рефлексы новорожденных живые, зоны расширены. Отмечается мышечная дистония с преобладанием гипертонуса мышц сгибателей. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора. Анализ кала на

содержание углеводов: 0,6%

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова причина заболевания?
3. Как проводить лечение?

Ответ:

1. Лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования.
2. Дефицит фермента энтероцитов – лактазы. Первичная, транзиторная в силу незрелости ферментов кишечника
3. Заменить молочную смесь на безлактозную смесь, при этом оставить грудное вскармливание, безлактозные пробиотики. При необходимости заместительная терапия лактазой (лактазар, лактаза бейби).

Задача 9

При патронаже новорожденного в 3 недели жизни мама предъявляет жалобы на повышенное беспокойство ребенка, задержку стула.

Из анамнеза известно: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 1-я, без особенностей. Роды на 37-й неделе, стремительные, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 7/8 б. Масса тела при рождении 3100 г, рост – 50 см. Приложен к груди сразу, сосал активно. Привит в роддоме. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. Находится на естественном вскармливании. Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: примерно в течение недели через несколько минут от начала кормления ребенок бросает грудь, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Мать самостоятельно стала давать сорбенты, симетикон (без эффекта). Через несколько дней появились задержки стула. Стул отходил с треском, пенился, запах кислый.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Проведено обследование:

Общий анализ крови без особенностей.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора.

Анализ кала на содержание углеводов: 1,1%

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Какова причина заболевания?
2. Как проводить лечение?
3. Какова тактика при отсутствии эффекта от диетотерапии матери?

Ответ:

1. Лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования. Причина: дефицит фермента энтероцитов – лактазы. В данном случае – транзиторная в силу

незрелости ферментов кишечника.

2. Назначить препарат, содержащий фермент лактазу, в каждое кормление, безлактозные пробиотики.

3. При отсутствии эффекта от препарата, содержащего лактазу, часть кормления заменить безлактозной смесью.

Задача 10

Девочка от 9 беременности, 3 родов. От матери 37 лет, носитель ВПГ 1 типа. Во время беременности токсикоз в 1 триместре, гестоз в 3 триместре, перенесла ОРВИ с температурой до фебрильных цифр. Роды на 38 неделе – экстренное кесарево сечение (преэклампсия в родах), безводный промежуток 14 час, воды мутные. Родилась девочка с весом 3050, рост 50см. На 3 сутки жизни появилась желтуха, проводилась фототерапия, инфузионная терапия. Ребенок выписан из р/д на 7 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на искусственном вскармливании. После выписки из р/д. приблизительно на 9 сутки жизни Мать обратила внимание на некоторое ограничение движений в левой ноге, беспокойство ребенка при переодевании одежды, смене памперса. На 12 сутки жизни появился отек в области левого коленного сустава, прогрессивно нарастающий в динамике. На 15 сутки жизни мать самостоятельно обратилась к хирургу в поликлинику, откуда ребенок был госпитализирован стационар с ДЗ – Реактивный артрит. Состояние ребенка тяжелое за счет выраженных симптомов интоксикации. В области левого коленного сустава отек, распространяющийся на все бедро, отек и нависание ягодичной складки слева, отек левой стопы. Кожа в области левого коленного сустава с цианотичным оттенком, горячая на ощупь. Конечность занимает вынужденное положение, самостоятельные движения отсутствуют, пассивное разгибание в коленном суставе резко болезненно. На рентгенограмме левой бедренной кости определяется деструкция в дистальном метафизе, более выраженная в медиальном отделе без четких границ. Периостальная реакция не определяется.

ОАК – Нв 94г/л, L 11.5 тыс (п\я 8%, с\я55%, э3%,л23%, м11%) СОЭ 58мм/ч, тромбоциты -380 тыс. Прокальцитонин 0.29нг/мл. В б/х анализе крови ЦРБ 92.1г/л, остальные показатели (печеночные ферменты, мочевины, креатинин, электролиты) в норме.

В ОАМ – желтая, мутная, рН-5.5, 1000, эр. -2-3 кл/мкл, лейкоц 5-6 кл/мкл.

Посев крови при поступлении – рост нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Тактика ведения данного пациента.

Ответ:

1. Клинический диагноз: Острый гематогенный остеомиелит дистального метафиза левой бедренной кости. Угрожаема по генерализации.

(раннему неонатальному сепсису)

2. В анамнезе у мамы высокая вероятность инфицирования бактериальной

инфекцией в перинатальном периоде (гестоз, длительный безводный промежуток, мутные воды). На 7 сутки жизни - ограничение движений в левой ноге, резкое беспокойство ребенка при переодевании, смене памперса. На 12 сутки жизни появление отека в области левого коленного сустава, прогрессивно нарастающего в динамике заболевания.

Данные рентгенологического обследования при поступлении.

3. Осмотр хирурга, антибактериальная терапия, иммунотерапия (ВВИГ), инфузионная терапия, местно - повязка с противовоспалительной мазью, иммобилизация. Осмотр хирурга в динамике. Контроль лабораторных показателей. Рентгенологический контроль.

Задача 11

При осмотре новорожденного в поликлинике в 1 месяц жизни мама предъявляет жалобы врачу на повышенное беспокойство малыша, задержку стула.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я, протекала с угрозой прерывания в 1 триместре (стационарное лечение), анемией. Роды на 38-й неделе, длительный безводный промежуток, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 8/8 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. Приложен к груди сразу, сосал вяло. У мамы в роддоме гипогалактия, далее лактация прекращена по желанию матери. В роддоме докармливался молочной смесью. Привит в роддоме. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение двух недель через несколько минут от начала кормления ребенок отказывается от бутылки, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Мать самостоятельно дает сорбенты (без эффекта). Стул получают только после газоотводной трубки, он выходит с треском, пенится, запах кислый. Ребенок на искусственном вскармливании молочной смесью.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Тургор тканей немного снижен. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Отмечается мышечная дистония с преобладанием гипертонуса мышц сгибателей. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора.

Анализ кала на содержание углеводов: 0,6%

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Какова причина заболевания?
2. Как проводить лечение?
3. Каковы причины вторичной лактазной недостаточности?

Ответ:

1. Первичная лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования.
2. Заменить молочную смесь на лечебную безлактозную смесь.
3. Целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, кишечные

инфекции, протекающие с энтеритом.

Задача 12

Врач осматривает на дому ребенка 1 месяца жизни по поводу диареи, недостаточной прибавки массы тела. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самопроизвольные. Вес при рождении 3450 г, длина тела – 51 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в течение 1 часа после родов. Выписан на 3 сутки. В анамнезе: с рождения стул неустойчивый. В последние 2 недели стул до 8-10 раз в сутки, обильный, водянистый, без патологических примесей с кислым запахом. В семейном анамнезе по отцовской линии наблюдается непереносимость молочных продуктов.

Объективно: Ребенок при осмотре беспокоен, крик громкий, эмоциональный. На естественном вскармливании, режим кормлений беспорядочный, сон беспокойный. Вес 3630г, рост 52см. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе, бедрах. Тургор тканей умеренно снижен. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот вздут, доступен пальпации во всех отделах, отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Дефекация сопровождается выраженным беспокойством ребенка и отхождением большого количества газов. Стул при осмотре разжиженной кашицей с неперевавшими комочками, кислым запахом.

Вопросы:

1. Какова вероятная этиология заболевания? Какие данные указывают на это?
2. План дообследования и предположительные результаты. Какие исследования используются для постановки окончательного диагноза?
3. Предложите план лечения больного.

Ответ:

1. Первичная лактазная недостаточность. Генетически обусловленный дефицит лактазы. Наличие непереносимости молочных продуктов среди родственников.
2. Копрология, Анализ кала на углеводы, Анализ крови
3. План лечения:

Назначение заместительной терапии препаратом лактазы с каждым кормлением. (Препараты Лактаза Бэби по 1 капсуле с каждым кормлением, Лактаза Энзим, Лактазар - 1 капсула на 100,0мл грудного молока) Контроль эффективности – клиническое улучшение, нарастание весовой кривой.

Симптоматическое лечение: эспумизан, симетикон.

Пробиотики, не содержащие лактозу

Задача 13

Мать ребенка 29 дней обратилась к участковому педиатру с жалобами на разрастания тканей в дне пупочной ранки ребенка и появлении округлого образования плотной консистенции.

Из анамнеза известно: малыш от 2 беременности, вторых срочных родов. Родители молодые, здоровы, беременность протекала без патологии. На 39 неделе роды, самостоятельные, масса тела - 4350, рост - 54 см, выписан из родильного дома на 4 сутки жизни с не отпавшей культей пуповины, сочной и широкой в основании. Дома - местно пупочное кольцо оставалось широким, культя пуповины отпала на 16 сутки жизни, под ней - разрастание плотных грануляций, необильное мокнутие пупочной ранки, серозного характера, покраснение околопупочного кольца. Ранку обрабатывали один раз в день перекисью водорода и прикладывали мазь Банеоцин.

При осмотре - состояние вполне удовлетворительное, температура не повышалась, активный, вес - 5200, рост - 56,0 см, по внутренним органам - без особенностей, зев спокоен, кожа чистая. В области пупка в дне пупочной ранки - безболезненное на ощупь разрастание тканей, плотное, флюктуации нет, со слов мамы небольшое мокнутие сохраняется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Оцените тактику ведения ребенка, укажите возможные ошибки?
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз: Мокнувший пупок. Фунгус пупка.
Лечение Банеоцином длительное время без гнояного процесса в пупочной ранке было не целесообразным. Правильнее было прижигать разрастания в ранке ляписным карандашом. В настоящее время при таких размерах образования (фунгус пупка) - госпитализация в стационар для оперативного лечения – удаление грануляций.
2. Неполная облитерация урахуса, желчного протока, кишечный свищ.
3. Оперативное удаление грануляций.

Задача 14

Мальчик К. 8л. поступил в отделение гастроэнтерологии планово с жалобами на периодические боли в животе без четкой локализации, задержку стула до 2-3 дней.

Анамнез жизни: семейный анамнез отягощен по синдрому вегетативной дисфункции, гастродуодениту. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсокозом, от 1 срочных родов, вес - 3500, рост - 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. С раннего возраста до 7 лет наблюдался невропатологом с ДЗ: синдром вегето-висцеральных расстройств. На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи. Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул регулярный. Стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», без патологических примесей. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и

подбора терапии.

При поступлении: состояние ближе к удовлетворительному. Жалоб на момент осмотра нет. Кожные покровы чистые, периорбитальные тени, дистальный гипергидроз. Слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в верхних отделах, по ходу толстой кишки. Стул последний раз - два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес: -25кг, рост: - 130 см.

Общий анализ крови: Нв – 142 г/л Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,1 \times 10^9/л$, п – 3% с – 59% эоз -2% лимф – 26% мон – 10% СОЭ –7 мм/ч Биохимический анализ крови: АлАт - 12 (до 40), АсАт – 19 (до 40), щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56 (до 125), белок – 73,2 (65 – 85), мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0 (53 - 115), холестерин – 4,51 (1.7 – 5.2), триглицериды –0.58 (0,0 – 1,69), глюкоза –4,5 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 17,6.

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test H.pylori отрицательный. ЭГДС патологии нет. УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь средних размеров, фиксированный перегиб. Просвет пузыря эхонегативен. Стенка не изменена.

Рентгеноконтрастное исследование кишечника с барием: на рентгенограмме органов живота бариевая взвесь определяется по ходу толстой кишки. Кишка не расширена. Гаустрация усилена. Ректороманоскопия: патологии нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Назовите «симптомы тревоги», исключаящие диагноз синдром раздраженного кишечника.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Назначьте терапию. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ:

1. Синдром раздраженного кишечника без диареи, диагноз поставлен на основании характерных жалоб, данных анамнеза, результатов проведенного обследования (по данным обследований исключена органическая патология). Резкая потеря в весе, ночные боли, лихорадка, кровь в стуле
2. Наследственная предрасположенность, искусственное вскармливание, нарушение моторики ЖКТ, стресс, синдром вегетативной дисфункции
3. Соблюдение режима питания, питьевого режима, препараты лактулозы (макрогола), возможно прокинетики. Ребенка должен наблюдать гастроэнтеролог.

Задача 15

Мальчик К. 8 лет поступил в отделение гастроэнтерологии планово с жалобами на периодические боли в животе без четкой локализации, задержку стула до 2-3 дней.

Анамнез жизни: семейный анамнез отягощен по синдрому вегетативной дисфункции, хроническому гастродуодениту, хроническому запору Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсокозом, от 1 срочных родов, вес - 3500, рост - 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. С раннего возраста до 7 лет наблюдался невропатологом с диагнозом: головные боли напряжения.

На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи.

Анамнез заболевания: Боли в животе, метеоризм беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула, боли в животе. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул регулярный. В остальное время стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», №1 по Бристольской шкале, без патологических примесей. После дефекации боли в животе купируются. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и подбора терапии.

При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному. Физическое развитие среднее, гармоничное. Жалоб на момент осмотра нет. Кожные покровы чистые, периорбитальные тени, дистальный гипергидроз. Слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный по ходу толстой кишки. Стул последний раз два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес 25 кг, рост 130 см.

Общий анализ крови: Нв – 142 г/л Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,1 \times 10^9/л$, п/я – 3% с/я – 59% эоз -2% лимф – 26% мон – 10% СОЭ –7 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 12, АсАт – 19, щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56, белок – 73,2, мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0, холестерин – 4,51, триглицериды –0.58, глюкоза –4,5, билирубин общий – 17,6 (3,4-17,8), СРБ- 4 г/л

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test H.pylori отрицательный.

ЭГДС патологии нет.

УЗИ брюшной полости: без патологии.

Ректороманоскопия: патологии нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Назовите «симптомы тревоги», исключая диагноз синдром раздраженного кишечника.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Составьте план лечения. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ:

1. Синдром раздраженного кишечника. На основании анамнеза (боли без четкой локализации, ночных болей нет, на каникулах боли не беспокоят), физическое развитие по возрасту, лабораторные и инструментальные обследования в норме. Симптомы тревоги – дефицит веса, кровь и слизь в стуле, ночные боли и тенезмы, анемия, гипопропротеинемия и воспалительные изменения в анализах крови, изъязвления слизистой толстой кишки.
2. Наследственная предрасположенность, особенности вегетативной нервной системы, искусственное вскармливание.
3. Обогащение рациона негрубой клетчаткой. Осмотические слабительные, прокинетики. Магниево-минеральные воды. Режим сна и отдыха. Наблюдение психолога, невролога, гастроэнтеролога.

Задача 16

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкие мочеиспускания.

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

Анамнез заболевания: Заболел в 4-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. Последнее обострение развилось на фоне снижения дозы преднизолона до 10 мг. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 128 уд/мин, АД - 100/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Нв - 111 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $13,1 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумин - 17 г/л, креатинин - 48 мкмоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 7,2 г/л, лейкоциты - 3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Суточная протеинурия: белок - 6,7 г/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Каковы возможные этиологические факторы данного заболевания?
3. Патогенез отеков при данной форме заболевания.

Ответ:

1. Хронический гломерулонефрит, стероидзависимый нефротический синдром, период обострения, 3 рецидив. Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся: протеинурией, гипопроteinемией, гипоальбуминемией, диспротеинемией; гиперлипидемией, липидурией; отеками периферическими, полостными и степени анасарки.
2. Причинные факторы большинства форм ХГН неизвестны. Установлена роль инфекции — бактериальной, особенно нефритогенных штаммов β -гемолитического стрептококка группы А, вирусов гепатита В и С, ВИЧ —

инфекции; лекарственных препаратов (D-пеницилламин и др.); опухолей и других факторов экзо- и эндогенного происхождения.

3. В патогенезе ХГН выделяют ряд основных механизмов, которые можно разделить на две группы:

1. Иммунные или иммуновоспалительные (иммунный ответ, иммунное воспаление, склеротические изменения);
2. Неиммунные (гемодинамические, метаболические).

В классической концепции патогенез отеков при НС объясняется (в результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера) развитием протеинурии, гипоальбуминемии, снижением онкотического давления, перемещением воды в интерстициальное пространство, гиповолемией. На фоне гиповолемии возникают увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и задержка натрия, увеличение активности АДГ и задержка воды. Ведущая роль в происхождении отеков принадлежит снижению онкотического давления (вследствие гипоальбуминемии, обусловленной протеинурией), переходу жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое и гиповолемии.

Задача 17

Ребенок в возрасте 11 месяцев жизни поступил в отделение острых кишечных инфекций детской больницы повторно. Причиной госпитализации послужило развитие диспепсического синдрома: рвота, учащенный, обильный стул, отказ от еды, жажда.

Сходная клиническая картина послужила поводом для первой госпитализации, когда ребенку было 6 месяцев.

При первом обследовании посевы кала на патогенную флору были отрицательны. Ребенок получил регидратационную терапию, короткий курс антибиотикотерапии. По рекомендации педиатра мать после выписки из стационара воздерживалась от введения прикорма, который впервые был предложен ребенку за неделю до первой госпитализации в виде манной каши. В возрасте 9,5 мес. введение прикорма возобновили. К 10 мес. ребенок получал одно кормление в виде овощного пюре. Диспепсических явлений не было. За три дня до повторной госпитализации мать вновь предложила ребенку манную кашу.

При объективном обследовании: Ребенок беспокоен, «сучит» ножками. Мальчик пониженного питания, бледный. Определяются реберные «четки», расширенные эпифизы лучезапястных и коленных суставов, мышечная гипотония, потливость. Живот резко вздут, пальпация затруднена из-за беспокойства ребенка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отмечен обильный зловонный стул желтого цвета с обилием непереваренных комочков до 5-6 раз в сутки.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз? Какова этиология данного заболевания?
2. План дообследования и предположительные результаты. Какие исследования используются для постановки окончательного диагноза?
3. Каков основной принцип диетотерапии при данном заболевании?

Предложите план комплексного лечения ребенка.

Ответ:

1. Целиакия. Вторичный синдром мальабсорбции. Витамин D-дефицитный рахит II степени, подострое течение. Анемия? Этиология: генетически обусловленная непереносимость растительного белка глютен, который в нерасщепленном виде разрушает энтероциты, нарушая процессы энтерогенного пищеварения и всасывания.

2. Клинический анализ крови (гипохромная анемия), общий анализ мочи (без патологии, без протеинурии), биохимический анализ крови (возможно снижение следующих показателей: общий белок, альбумин, калий, натрий, кальций, фосфор, железо, повышение щелочной фосфатазы, ОЖССС), копрология (стеаторея II типа за счет жирных кислот и мыл; у части больных возможно сочетание со стеатореей I типа за счет нейтрального жира, возможно повышение количества внеклеточного крахмала, присутствие йодофильной флоры, неперевариваемой клетчатки, то есть налицо признаки дисбиоза кишки). Специфические исследования: определение титра антиглютеновых антител, ФЭГДС с биопсией тонкого кишечника (Основными морфологическими признаками целиакии являются атрофия слизистой оболочки тонкой кишки с резким укорочением ворсинок и удлинением крипт, обильная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки и эпителия).

3. Основной принцип диетотерапии – элиминационный, т.е. исключение из питания продуктов, содержащих причинно значимый агент. В диете ребенка не должны содержаться продукты, содержащие пшеничную и ржаную муку. Из злаковых разрешается рис, хорошо переносится греча, кукуруза. При целиакии часто наблюдается пищевая аллергия (на коровье молоко, рыбу, цитрусовые, продукты, содержащие каротин), что требует рекомендации гипоаллергенной диеты. Препараты вит. D – коррекция проявлений рахита, коррекция анемии в зависимости от причины (чаще в результате поливалентного дефицита микроэлементов и витаминов) – препараты железа. В тяжелых случаях целиакии, при развитии тяжелой дистрофии и надпочечниковой недостаточности показана терапия глюкокортикостероидами.

Задача 18

Мальчик 4 лет 2-х месяцев, на приеме педиатра.

Жалобы: на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке.

Из анамнеза известно, что ребенок 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 ОРИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать - здорова.

В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К

концу 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. По рекомендации ортопеда ребенок направлен на осмотр педиатра.

При осмотре: 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 1,5 см от мечевидного отростка.

В общем анализе крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $280,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 33%, эозинофилы 1%, лимфоциты 52%, моноциты 12%, СОЭ 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность 1010, реакция – нейтральная, белок – следы, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 58 г/л, щелочная фосфатаза 952 ЕД, 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/сутки, кальций 3,9 мг/кг/сутки, фосфор 46 мг/кг/сутки.

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.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его
2. Рекомендуемые дополнительные обследования. Ожидаемые результаты.
3. Перечислите состояния и заболевания, сопровождающиеся нарушением роста, рахитоподобными изменениями костной системы.

Ответ:

1. Фосфат диабет (витамин-Д-резистентный рахит). Низкорослость. Дефицит массы степени II (3 перцентиль). Диагноз: Фосфат диабет (витамин-Д-резистентный рахит) поставлен учитывая неэффективность проводимой профилактики рахита на 1-м году жизни, появление у ребенка на 2-м году жизни (1 год 3 месяца) умеренной деформации голеней, которая прогрессировала, к концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала, неэффективность стандартных дозирования, проведенного курса лечения витамином Д на 3-м году жизни. У ребенка костная система с проявлениями рахита: варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. Гепатомегалия, снижение фосфора в

сыворотке крови, гиперфосфатурия, кальциурия, метаболический ацидоз, рентгенологическая картина трубчатых костей подобна рахита витамин-Д-дефицитного, наличие наследственного отягощения по линии отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость.

2. Рекомендуемые дополнительные обследования: содержание в сыворотке крови паратгормона (норма), кровь на печеночные пробы билирубин и фракции (норма, повышение трансаминаз), содержание 25(ОН)-Д в сыворотке (норма), 1,25(ОН)-Д неадекватно нормальный. Мутация в гене PHEX, вызывающий фосфатурию.

3. Рахитоподные изменения скелета наблюдаются при синдроме Фанкони, тиреземии I типа, гликогенозе XI типа, галактеземии, врожденной непереносимости фруктозы. Гепатомегалия может быть при врожденных и вирусных гепатитах, галактеземии, наследственных нарушениях углеводов, боли в костях при гематобластозах, остеомиелите. Низкорослость возможна при гипофизарном нанизме, синдромальные формы низкорослости: синдром Лоу, болезнь Дента, синдром Ларена

Задача 19

Мальчик 4 лет, на приеме педиатра.

Жалобы: на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке.

Из анамнеза известно, что ребенок 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 не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать - здорова.

В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу 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. По рекомендации ортопеда ребенок направлен на осмотр педиатра.

При осмотре: 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 1,5 см от мечевидного отростка.

В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $270,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 33%, эозинофилы 1%, лимфоциты 52%, моноциты 12%, СОЭ 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность 1010, реакция – нейтральная, белок – следы, лейкоциты 1-2 в поле зрения,

эритроциты 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 57 г/л, щелочная фосфатаза 948 ЕД, кальций общий 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный 1,02 ммоль/л, фосфор 0,75 ммоль/л, мочевина 4,6 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: оксалаты 22,1 мг/сутки, кальций 3,9 мг/кг/сутки, фосфор 46 мг/кг/сутки.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

КОС: рН – 7,22; ВЕ – -8,8.

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его
2. Составьте план лечения.
3. Составьте план наблюдения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ответ:

1. Фосфат диабет (витамин-Д-резистентный рахит). Низкорослость. Дефицит массы степени II (3 перцентиль). Диагноз: Фосфат диабет (витамин-Д-резистентный рахит) поставлен учитывая неэффективность проводимой профилактики рахита на 1-м году жизни, появление у ребенка на 2-м году жизни (1 год 3 месяца) умеренной деформации голеней, которая прогрессировала, к концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала, неэффективность стандартных дозировок, проведенного курса лечения витамином Д на 3-м году жизни. У ребенка костная система с проявлениями рахита: варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. Гепатомегалия, снижение фосфора в сыворотке крови, гиперфосфатурия, кальциурия, метаболический ацидоз, рентгенологическая картина трубчатых костей подобна рахита витамин-Д-дефицитного, наличие наследственного отягощения по линии отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость.

2. Рекомендации по лечению: гипофосфатемии назначение фосфатов калия и натрия в дозе 30-50 мг/кг в день цель достижение концентрации фосфора в сыворотке крови 1,0-1,2 ммоль/л, назначение Витамина Д3 в дозе 0,04 мкг/кг 1 раз в день под контролем кальция сыворотки крови

3. Рекомендации на амбулаторно-поликлиническом этапе. Наблюдение педиатра, нефролога, ортопеда, эндокринолога. Оценка физического и полового развития. УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в год. Контроль содержания кальция и фосфора рН, бикарбонатов, калия, глюкозы, креатинина, белка 2 раза в год, при подобранной дозе препаратов контроль содержания кальция и фосфора в моче 1 раз месяц в первые 3 месяца, далее 1 раз в квартал. ЛФК, лечебная гимнастика. Прививки по календарю. Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую поликлинику.

Задача 20

Ребенок в возрасте 1,5 месяцев на приеме у педиатра.

Мать жалуется на приступы беспокойства, которые появляются через 30-40 минут после кормления и сопровождаются покраснением лица, вздутием живота и подтягиванием ножек к животу.

Из анамнеза заболевания известно, что приступы появляются после кормления в вечернее время, начинаются внезапно, сопровождаются громким, пронзительным криком, гиперемией лица. Дебют первого приступа в возрасте 1 месяца.

Из анамнеза жизни: ребенок от I беременности, срочных родов, по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3100 г, длина 52 см. Находится на естественном вскармливании, молока у матери достаточно. Наследственный анамнез: неотягощен, мать и отец ребенка молодые, здоровы.

При осмотре: ребенок активный. Масса тела 5100 г. Длина 55 см.

Кожа чистая. Тургор и эластичность хорошие. Перкуторно над легкими звук ясный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 32 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС 120 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без примесей. Мочится достаточно.

Ребенок хорошо держит голову с 1 месяца, переворачивается, гулит.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Дайте матери совет по профилактике и лечению кишечных колик.

Ответы

1. Кишечная колика типичная, младенческая.
2. Дебют заболевания в возрасте 1 месяцев, в вечернее время, длительностью 40 минут, сопровождаются покраснением лица, вздутием живота, криком, метеоризмом, характерным движением ножек. Долженствующая масса 5100 граммов и фактическая масса 5100 граммов, дефицита массы нет. Долженствующий рост 54, фактический 54,5 см. Нормотрофия. НПП соответствует возрасту.
3. Коррекция питания матери с ограничением жира, продуктов вызывающих метеоризм (кукуруза, горох, виноград, огурцы, майонез), Постуральная терапия, тактильный контакт кожи ребенка с кожей матери, препараты семитекона по 20 мг 3-5 раз в сутки.

Задача 21

Ребенок 8 месяцев на приеме врача педиатра.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в первые сутки, из родильного дома выписали на 5-е сутки. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Ребенок

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 психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает внимание очень светлая кожа, белокурые волосы и яркие голубые глаза. От ребенка ощущается своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 ударов в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная; поверхность ровная, гладкая, край закруглен. 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: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты $-4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $-5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 32 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 58 %, моноциты – 8 %, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет, слизь - немного.

Проба Фелинга: с мочой положительная.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какое лечение Вы бы рекомендовали данному пациенту.

Ответы

1. Фенилкетонурия, позднее выявление. Задержка психомоторного развития.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания – с 7-8 месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей, ребенок начал отставать в психическом развитии, временами отмечались приступы неукротимой рвоты; объективных данных - обращает внимание очень светлая кожа, белокурые волосы и яркие голубые глаза, ощущается своеобразный «мышинный» запах; лабораторных методов обследования - проба Фелинга положительная. Отставание психомоторного развития поставлено на основании неврологического обследования - ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать, отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

3. Диетотерапия: специализированная диета при фенилкетонурии не менее 10 лет резкое ограничение фенилаланина – исключение белка (мясо, рыба, яйца, колбасы, творог, крупы, бобовые, орехи, шоколад). Молоко, овощи и фрукты вводятся на основании подсчёта фенилаланина. Допустимое суточное

содержание фенилаланина 60 мг/кг/сут (0-2 мес.) и до 45-60 мг/кг/сут. с 6 месяцев. Источник белка - гидролизаты белка, смеси АК, частично лишенные фенилаланина смеси для новорожденных (до 1 года - лофеналак, фенил-фри, старше - афенилак). Контроль фенилаланина в крови.

Задача 22

Ребенок 1,5 лет поступил на обследование и уточнение диагноза.

Жалобы матери: на неустойчивый стул, беспокойство, метеоризм, боли в животе.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см.

Из анамнеза болезни известно, что впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе.

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 6/6, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Результаты амбулаторного исследования:

В общем анализе крови: гемоглобин — 107 г/л, эритроциты — $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,87, лейкоциты $-5,1 \times 10^9$ /л; палочкоядерные — 2 %, сегментоядерные — 33 %, эозинофилы — 3 %, лимфоциты — 56 %, моноциты — 6 %, СОЭ — 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; относительная плотность — 1012; лейкоциты — 2-3 в поле зрения; эритроциты — 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 ионизированный — 1,1 ммоль/л, глюкоза — 4,9 ммоль/л.

Копрограмма: цвет — желтый, консистенция — кашицеобразная, мышечные волокна — единичные, жирные кислоты — незначительного количества, крахмал — немного, йодофильная флора — много.

Кал на углеводы: реакция положительная.

УЗИ органов брюшной полости: печень — не изменена; поджелудочная железа — несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена. Гликемическая кривая после нагрузки ди- и моносахаров.

Гликемические кривые после нагрузки:

— с Д-ксилозой: через 30 минут — 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 минут — 4,8 ммоль/л, через 60

минут — 6,8 ммоль/л, через 90 минут — 5,6 ммоль/л, через 120 минут — 4,6 ммоль/л.

— с лактозой: натощак — 4,3 ммоль/л, через 30 минут — 4,6 ммоль/л, через 60 минут — 4,8 ммоль/л, через 90 минут — 4,7 ммоль/л, через 120 минут — 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Особенности диетотерапии при этом заболевании.

Ответы

1. Первичная лактазная недостаточность. Реактивный панкреатит. Анемия гипохромная I степени.

2. Диагноз «первичная лактазная недостаточность» установлен на основании жалоб на появление жидкого стула, метеоризма, болей в животе после введения молока 2 дня назад, анамнеза заболевания – появление первых симптомов заболевания в виде разжижения стула с кислым запахом и вздутия живота в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке, исключение которого из рациона привело к быстрому улучшению состояния; отягощенный семейный анамнез – сестра и мать ребенка не «любят» молоко; физикальных данных – живот вздут, пальпация по ходу кишечника болезненна, отмечается урчание; стул пенистый, с кислым запахом; лабораторных данных – положительная реакция кала на углеводы, плоская гликемическая кривая и появление жидкого стула после нагрузки лактозой; в копрограмме наличие йодофильной флоры. Диагноз «реактивный панкреатит» определен по лабораторным и инструментальным данным – в копрограмме - единичные мышечные волокна, незначительное количество жирных кислот и крахмала; на УЗИ органов брюшной полости – поджелудочная железа несколько увеличена в хвосте, паренхима обычной эхогенности, неоднородна.

3. Диетотерапия: исключение из пищевого рациона молока, замена цельного молока молочными продуктами с низким содержанием лактозы (например, сыры, йогурты, кефир, молоко с частично расщепленной лактозой).

Задача 23

Игорь М. 5 лет (рост 106 см, вес 20 кг) обратился к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания с жалобами на отеки в области лица и нижних конечностей. Появлению отеков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, бледные. Выражены отеки мягких тканей лица, передней брюшной стенки и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной

полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Диурез за последние сутки снижен. Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).

При обследовании:

Общий анализ крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, тромбоциты – $365 \times 10^9/л$, СОЭ – 38 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 43 мкмоль/л. Суточная протеинурия – 3,5 грамма/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
3. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания.

Ответы

1. Нефротический синдром. Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся: протеинурией, гипопротеемией, гипоальбуминемией, диспротеинемией; гиперлипидемией, липидурией; отеками периферическими, полостными и степени анасарки.
2. Преднизолон в дозировке 2мг на кг массы тела в течение 6-8 недель с постепенной отменой препаратов под контролем протеинурии.
3. Гормоночувствительная, гормонозависимая, гормонорезистентная форма заболевания.

Задача 24

Мальчик, 3 года 2 месяца. Мама предъявляет жалобы участковому врачу на наличие запоров у ребенка, стул 1 раз в 3 суток, чаще по типу «овечьего», с натуживанием.

Из анамнеза заболевания известно, что периодические нарушения акта дефекации отмечаются с одного года жизни, когда ребенок был переведен на общий стол. Для нормализации стула мама давала чернослив, свежие овощи, однако ребенок ест их неохотно, предпочитает мучные изделия. Ухудшение состояние наблюдается в течение последних трех месяцев, когда ребенок пошел впервые в сад. С этого времени акт дефекации раз в 3-4 дня, часто с помощью клизмы. Ребенок старается сдержать дефекацию, прячется, отказывается от горшка. При детальном расспросе относительно рациона ребенка было выяснено, что аппетит у мальчика избирательный (в рационе

преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенья, сушки, редко мясо, из супов – только бульоны). Мальчик малоподвижен, много сидит у телевизора.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я (1-я, мальчик, здоров), протекала с анемией всю беременность. Роды самостоятельные, на 40 неделе, без осложнений. Оценка по шкале Апгар 8/9 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. У мамы агалактия.

При осмотре состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, тени под глазами. Полость рта розовая, язык негусто обложен белым налетом. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, не увеличен. Тонус мышц передней брюшной стенки снижен. При пальпации живот мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа. Печень +1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Периаанальная область не изменена. Нервная система: дистальный гипергидроз, дермографизм красный, разлитой

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какова этиология заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова тактика ведения пациента? Какие продукты должны входить в рацион больного?

Ответы

1. Функциональный запор. Дефекация не чаще 2 раз в неделю. Натуживания. Начало посещения детского сада, как стрессовый фактор, скудный рацион из простых углеводов способствовал уплотнению стула, а далее формирование порочного круга в связи с болезненной дефекацией.

2. Дифференцировать необходимо прежде всего с болезнью Гиршпрунга (мало вероятно, так как задержек стула не отмечалось до возраста 3 лет), гипотиреозом (нет задержки роста, сухости кожных покровов, брадикардии), миелодисплазией (отсутствуют внешние признаки, а также нарушения со стороны МВС).

Тактика ведения заключается в организации режима ежедневной дефекации в удобное для ребенка и родителей время, коррекция диеты с целью обогащения ее клетчаткой, коррекция питьевого режима при необходимости, назначении базисно терапии осмотическими слабительными (препарата выбора макрогол) в соответствующих массе тела дозировках (при отсутствии эффекта доза подбирается индивидуально), ведении дневника стула и динамическом наблюдении ребенка.

Задача 25

Мальчик К. 8 лет поступил в отделение гастроэнтерологии планово с жалобами на периодические боли в животе без четкой локализации, задержку стула до 2-3 дней.

Анамнез жизни: семейный анамнез отягощен по синдрому вегетативной дисфункции, гастродуодениту. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсокозом, от 1 срочных родов, вес - 3500, рост - 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. С раннего возраста до 7 лет наблюдался невропатологом с ДЗ: синдромом вегето-висцеральных расстройств. На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул регулярный. Стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», без патологических примесей. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и подбора терапии. При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному. Жалоб на момент осмотра нет. Кожные покровы чистые, периорбитальные тени, дистальный гипергидроз. Слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в верхних отделах, по ходу толстой кишки. Стул последний раз - два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес: -25кг, рост: - 130 см.

Общий анализ крови: Нв – 142 г/л Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,1 \times 10^9/л$, п/я – 3% с/я – 59% эоз -2% лимф – 26% мон – 10% СОЭ –7 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 12 (до 40), АсАт – 19 (до 40), щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56 (до 125), белок – 73,2 (65 – 85), мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0 (53 - 115), холестерин – 4,51 (1.7 – 5.2), триглицериды –0.58 (0,0 – 1,69), глюкоза –4,5 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 17,6.

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test *H.pylori* отрицательный.

ЭГДС патологии нет.

УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь средних размеров, фиксированный перегиб. Просвет пузыря эхонегативен. Стенка не изменена.

Рентгеноконтрастное исследование кишечника с барием: На рентгенограмме органов живота бариевая взвесь определяется по ходу толстой кишки. Кишка не расширена. Гаустрация усилена.

Ректороманоскопия: патологии нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Назовите «симптомы тревоги», исключаящие диагноз синдром раздраженного кишечника.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Составьте план лечения. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ:

1. Синдром раздраженного кишечника без диареи, диагноз поставлен на основании характерных жалоб, данных анамнеза, результатов проведенного обследования (по данным обследований исключена органическая патология). Резкая потеря в весе, ночные боли, лихорадка, кровь в стуле
2. Наследственная предрасположенность, искусственное вскармливание, нарушение моторики ЖКТ, стресс, синдром вегетативной дисфункции
3. Диета стол №3 по Певзнеру, режим питания, питьевой режим, прокинетики, препараты лактулозы (макрогола), ноотропы. Ребенка должен наблюдать гастроэнтеролог, невропатолог.

Задача 26

На приеме участкового педиатра девочка М., 3 лет.

Жалобы на редкие дефекации. Со слов матери дефекация 1-2 раза в неделю в течение последних 4 недель. Со слов мамы, ребенок напрягается, тужится при дефекации, стул твердый, по типу «овечьего».

Из анамнеза: ребенок начал ходить в детский сад 2 месяца назад, незадолго до этого начали обучение туалетным навыкам.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась в срок, от 2 физиологически протекавшей беременности, роды естественные, неонатальный период без осложнений.

Наследственный анамнез: мать страдает запором (корректируются диетой).

При осмотре: девочка на 50-м процентиле по росту и весу. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет, тоны сердца звучные ритмичные, живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, сигмовидная кишка плотная, безболезненная, печень и селезенка не пальпируется. При ректальном исследовании выявлены твердые каловые массы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими патологиями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какова тактика ведения?

Ответ:

1. Исходя из данных анамнеза (редкие дефекации в течение последнего месяца, напряжение и натуживание во время дефекации, стрессовая ситуация), отсутствие симптомов тревоги и патологии в соматическом статусе ребенка, можно поставить предварительный диагноз функциональный запор. Данный диагноз укладывается в Римские критерии 4 пересмотра.

2. Дифференцировать необходимо прежде всего с болезнью Гиршпрунга (мало вероятно, так как задержек стула не отмечалось до возраста 3 лет), гипотиреозом (нет задержки роста, сухости кожных покровов, брадикардии), миелодисплазией (отсутствуют внешние признаки, а также нарушения со стороны МВС).

3. Тактика ведения заключается в организации режима ежедневной дефекации в удобное для ребенка и родителей время, коррекция диеты с целью

обогащения ее клетчаткой, коррекция питьевого режима при необходимости, назначении базисно терапии осмотическими слабительными (препарата выбора макрогол) в соответствующих возрасту дозировках (при отсутствии эффекта доза подбирается индивидуально), ведении дневника стула и динамическом наблюдении ребенка

Задача 27

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

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

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

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

Общий анализ крови: Нв - 111 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $13,1 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 -15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л.

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

Биохимический анализ мочи: белок – 6,7 г/сут, оксалаты - 55 мг/сут (норма - до 17).

Вопросы:

1. Полный клинический диагноз? Обоснование диагноза?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Патогенез отеков при данной форме заболевания.

Ответ:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период обострения, 3 рецидив. Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся: протеинурией, гипопротеинемией,

гипоальбуминемией, диспротеинемией; гиперлипидемией, липидурией; отеками периферическими, полостными и степени анасарки.

2. Причинные факторы большинства форм ХГН неизвестны. Установлена роль инфекции – бактериальной, особенно нефритогенных штаммов β -гемолитического стрептококка группы А, вирусов гепатита В и С, ВИЧ – инфекции; лекарственных препаратов (D-пеницилламин и др.); опухолей и других факторов экзо- и эндогенного происхождения.

3. В патогенезе ХГН выделяют ряд основных механизмов, которые можно разделить на две группы: 1. Иммунные или иммуновоспалительные (иммунный ответ, иммунное воспаление, склеротические изменения); 2. Неиммунные (гемодинамические, метаболические).

В классической концепции патогенез отеков при НС объясняется (в результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера) развитием протеинурии, гипоальбуминемии, снижением онкотического давления, перемещением воды в интерстициальное пространство, гиповолемией. На фоне гиповолемии возникают увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и задержка натрия, увеличение активности АДГ и задержка воды. Ведущая роль в происхождении отеков принадлежит снижению онкотического давления (вследствие гипоальбуминемии, обусловленной протеинурией), переходу жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое и гиповолемии.

Задача 28

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нв - 101 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 12×10^9 /л, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 27%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакариоциты - 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте диагноз. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза? Какие клинические пробы помогут Вам в постановке

диагноза?

2. Приведите классификацию данного заболевания.

3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз участкового педиатра не верен. Правильный диагноз – острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Перенес ОРВИ, характер геморрагического кожного синдрома и носовые кровотечения, тромбоцитопения, анемия, сохранение отшнуровки тромбоцитов, остальные ростки кроветворения также в норме. Клинические пробы: пробы на резистентность сосудов (симптом жгута), лабораторные (время кровотечения, время свертывания, антитромбоцитарные антитела, крови на антитела к ЦМВ, краснуха, гепатит)

2. По механизму: изо(алло)иммунная (несовместимость антигенов тромбоцитов матери и плода или несовместимость при переливании крови), трансиммунная (ребенок от матери с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой), гетероиммунная, аутоиммунная (болезнь Верльгофа - антитела к антигенам неизмененных тромбоцитов); по течению: острое (до 6 мес.); хроническое (более 6 мес.) с рецидивами (редкими, частыми) и непрерывно рецидивирующее; по периодам: 1) обострения (криз); 2) ремиссии: клинические (отсутствие геморрагий при наличии лабораторной тромбоцитопении); клинико-гематологические (отсутствие клинических и лабораторных проявлений тромбоцитопении). По тяжести: 1) легкая (кожный синдром); 2) средней тяжести (умеренно выраженный геморрагический синдром в виде кожных проявлений и кровотечений, количество тромбоцитов $50-100 \times 10^9/\text{л}$); 3) тяжелая (длительные и обильные кровотечения, кожные проявления, количество тромбоцитов менее $30-50 \times 10^9/\text{л}$, постгеморрагическая анемия).

3. Лечение: гипоаллергенная диета, плазмаферез с большими объемами свежзамороженной плазмы. Плазмаферез повторяют до появления признаков улучшения состояния (регресс исходных симптомов болезни, восстановление до нормы количества тромбоцитов в анализе крови); дезагреганты: аспирин ($300-375 \text{ мг/сут}$); ГКС: преднизолон $1-2$ (до $4-8$) мг/кг . Препарат принимают до полного исчезновения симптомов заболевания, а затем постепенно медленно снижают дозу до полной отмены, ВВИГ, цитостатики при неэффективности преднизолона, эписилоаминокапроновая кислота в/в. При неэффективности симптоматической терапии спленэктомия (через 6-12 мес от начала лечения).

Задача 29

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в отделение патологии новорожденных в состоянии средней тяжести с жалобами на высыпания на коже гнойничкового характера, располагающиеся по всему телу. С преимущественным поражением в складках шеи, в паховых и подмышечных областях.

Анамнез: маме 28 лет, 1 беременность, первые роды. У мамы - эрозия шейки матки, вагинальный кандидоз (дважды обострение во время беременности). Протекала беременность достаточно благополучно с умеренно выраженным токсикозом в первом триместре. Роды срочные самостоятельные на 39-ой

неделе с родовым излитием вод и длительным безводным промежутком (13 часов). Вес 3600г, рост 52.0 см, выписка из родильного дома - на 5 сутки. Вес – 3480г, с 8 дня жизни у ребенка появление нескольких элементов сыпи гнойного характера в области шеи, там же и вслед за этим - в области паховых складок красного цвета с шелушением и неровными фестончатыми краями. Дома обрабатывали детским кремом, присыпкой и маслом "Мустелла". Сыпь постепенно распространялась на другие участки кожи туловища - увеличилось количество элементов гнойничкового характера по типу везикул, пустул. При осмотре – масса тела – 3640г (+ 40,0г), зев спокоен, гиперемии нет, во внутренних органах – без особенностей, пупочная ранка эпителизировалась, стул до 4-х раз в день, желтая кашица. На различных участках кожи множественные элементы сыпи везикулезно-пустулезного характера, в складках кожи - шеи, паховых и подмышечных - элементы опрелости располагающейся с возвышением над кожей с шелушением и неровными фестончатыми краями.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать).
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний.
3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм)

Ответ:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать). Везикулопустулез. Кандидоз кожи. Период новорожденности.
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний. Факторы риска по развитию везикулопустулеза - длительный безводный промежуток с дальнейшим в течение 5 дней пребывания в род доме, родовое излитие вод. Факторы риска по развитию кандидоза : у мамы хроническая вагинальная молочница с обострением во время беременности, длительное прохождение по родовым путям, неправильная терапия
3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм).
Лечение: Кандидоз - обработка местно - клотримазол, кандид кремь, раствор метилевого синего 1%. Везикулопустулез - снятие гнойных элементов раствором спиртовым или мирамистином, прижигание красителем - р-р бриллиантового зеленого или фукарцин, назначение биопрепаратов (бифидум бактерин), антибактериальная терапия - при прогрессировании местного процесса гнойничкового характера

Задача 30

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 37.8°C, беспокойство, снижение аппетита, появление болезненности в левом коленном суставе, за счёт чего - вынужденное положение левой конечности. Направляющий диагноз - ОРВИ, реактивный артрит (?)

Из анамнеза известно, что семья неполная, маме - 42 года, четвертый ребенок.

Беременность-12, роды - 4. Протекала тяжело - токсикоз первой половины, в третьем триместре - гестоз, анемия, большая прибавка в весе (23 кг), дородовое излитие околоплодных вод, затем слабость родовой деятельности - "кесарево" сечение по экстренным показаниям. Безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2.900, рост 52.0 см. Выписана из родильного дома на 7 сутки (поздняя выписка из-за мамы - оперативные роды, однократное повышение температуры у матери до фебрильных цифр). Дома мама отмечает умеренно выраженное ограничение активных движений в левой ножке ребенка, нарастающее беспокойство при переодевании, смене подгузника. Врача не вызывала, температуру не измеряла, внешне с ее слов ножки не различались. В день госпитализации - ребенок очень беспокоен, температура - фебрильная, отказ от еды, кожа бледная. Госпитализирован по 03.

Вопросы:

1. Клинический диагноз? Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?
2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие диагноз, укажите сроки их проведения.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Ваш клинический диагноз?

Острый гематогенный остеомиелит новорожденного.

Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?

Тяжелое течение беременности и родов, длительный безводный промежуток, с дородовым излитием вод - 11 часов, поздняя выписка из родильного дома (7 сутки), эпизод повышения температуры у матери в раннем послеродовом периоде до фебрильных цифр.

2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие диагноз, сроки.

Рентгенологическое исследование на 8-12 сутки от начала заболевания. В данном конкретном случае - сразу при поступлении учитывая выраженность местных клинических проявлений (отек, увеличение сустава в объеме, выраженная болезненность при пассивных движениях левой ножки а также ограничение активных движений и вынужденное положение левой ноги. УЗИ левого коленного сустава.

Анализы - общий, биохимический, СРБ, тест на Прокальцитонин (ПКТ), иммунологические исследования, посев крови на стерильность, консультация хирурга (необходимость оперативного вмешательства?)

3. Лечение заболевания.

Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, иммобилизация по Шеде, иммунотерапия, симптоматическая терапия

Задача 31

Мать ребенка 29 дней обратилась к участковому педиатру с жалобами на разрастания тканей в дне пупочной ранки ребенка и появлении округлого образования плотной консистенции.

Из анамнеза известно: малыш от 2 беременности, вторых срочных родов. Родители молодые, здоровы, беременность протекала без патологии. На 39 неделе роды, самостоятельные, масса тела - 4350, рост - 54 см, выписан из родильного дома на 4 сутки жизни с не отпавшей культей пуповины, сочной и широкой в основании. Дома на естественном вскармливании, с 7-х суток жизни начал прибавлять в весе, местно пупочное кольцо оставалось широким, культя пуповины отпала на 16 сутки жизни, под ней - разрастание плотное грануляций, не обильное мокнутие пупочной ранки, серозного характера, покраснение околопупочного кольца. Ранку обрабатывали один раз в день перекисью водорода и прикладывали мазь Банеоцин.

При осмотре - состояние вполне удовлетворительное, температура не повышалась, активный, вес - 5200, рост - 56,0 см, по внутренним органам - без особенностей, зев спокоен, кожа чистая. В области пупка в дне пупочной ранки - безболезненное на ощупь разрастание тканей, плотное, флюктуации нет, со слов мамы небольшое мокнутие сохраняется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Оцените тактику ведения ребенка, укажите возможные ошибки?
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Ваш диагноз?

Диагноз: Мокнувший пупок. Фунгус пупка.

Оценить тактику ведения ребенка, ошибки?

Лечение Банеоцином длительное время без гнойного процесса в пупочной ранке было не целесообразным. Правильнее было прижигать разрастания в ранке ляписным карандашом. В настоящее время при таких размерах образования (фунгус пупка) - госпитализация в стационар для оперативного лечения – удаление грануляций.

2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? – Неполная облитерация урахуса, желчного протока, кишечный свищ.

3. Лечебные мероприятия в данном случае? – Оперативное удаление грануляций

Задача 32

В детской поликлинике на приеме у педиатра - ребенок 2-х месяцев жизни. Жалоба родителей – снижение аппетита, "плохая", прибавка в весе (около 200 г за последний месяц жизни), некоторое беспокойство при кормлении ребенка.

Из анамнеза известно: Родители молодые 31 и 35 лет. У мамы синдром вегетативной дисфункции по ваготипу, из гинекологических заболеваний - эрозия шейки матки, вагинальный кандидоз в III триместре беременности.

Беременность первая, желанная, протекала с умеренно выраженным токсикозом первой половины, перенесла дважды ОРВИ, среднетяжелое течение на сроках 7 недель и 19 недель, лечилась амбулаторно симптоматическими средствами, в 34 недели - бронхит, получала антибактериальную терапию (аугментин), после чего обострение вагинального кандидоза, терапии не получала. Роды срочные, на 39-40 неделе, самостоятельные с родовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). При рождении 3100/52.0 см, Апгар 8/8, выписана на 5 сутки жизни из родильного дома. С 2-х недельного возраста у девочки периодически появление сыпи локально в области паха, околопупочной, в подмышечных областях. Мама по совету педиатра обрабатывала цинковым кремом и маслом "Бюбхен", эффект незначительный, периодически высыпания появлялись вновь. В 1 мес. 17 дней ребенок заболевает ОРВИ, с катаральными явлениями, субфебрильной температурой, получает вместе с общей симптоматической терапией - антибактериальное лечение (суспензия аугментина), через 4 дня от начала терапии - вновь рецидив сыпи и появление выраженных белого цвета творожистых наложений в ротовой полости. Мама по рекомендации педиатра обрабатывает полость рта бурой в глицерине, эффект незначителен, высыпания держатся до сих пор.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте причину заболевания.
2. Оценка правильности проводимой терапии.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте причину заболевания.
Кандидоз кожи и слизистых. У матери девочки не леченная длительно текущая вагинальная молочница с обострением во время беременности. Высока вероятность интранатального инфицирования - безводный промежуток - 9 часов.
2. Оценка правильности проводимой терапии.
Терапия проводимая участковым педиатром недостаточна и патогенетический не обоснована.
3. Как проводить лечение?
Местно - кремы Кандид, Клотримазол, Канестен. Обработка слизистой полости рта - раствором метиленовой син. водным 1-%, жидкостью для обработки полости рта -Кандид. Использование системного кандидобиотика - Дифлюкан, Микосист, Флюкостат в дозе 5 мг/ кг

Задача 33

Новорожденный ребенок выписан из родильного дома на 6 сутки жизни. На 7 сутки - первый патронаж участкового педиатра.

Из анамнеза известно: молодые родители - маме 29 лет, III беременность, первые роды (I-я, II-я - мед. аборт). Наблюдалась в женской консультации нерегулярно. Гинекологический анамнез отягощен – эрозия шейки матки нелеченая, за полгода до наступления беременности перенесла кольпит, вагинальный кандидоз. Беременность со склонностью к перенашиванию,

дважды во второй половине ОРВИ. Роды на 42-ой неделе, самостоятельные, с дородовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). Вес - 3020, рост - 51.0 см, после родов совместное пребывание матери и ребенка.

На 3 сутки - начался гнойный двусторонний конъюнктивит. В родильном доме закапывали альбуцид (сульфацил натрия 20%), выписан на 6 сутки из-за мамы (повторная ревизия полости матки из-за однократного повышения температуры).

На 7 сутки жизни вес 2890, вскармливание смешанное (докорм смесь), вновь появление гнойного отделяемого, преимущественно из правого глаза: при этом выраженный отек и гиперемия конъюнктивы справа, там же слезостояние, при надавливании на слезный мешок - появление капельки гнойного отделяемого в углу глаза.

По внутренним органам - без особенностей, неврологический статус соответствует периоду новорожденности, адаптационному периоду. Назначено - промывание глаз кипяченой водой три раза в день, продолжить закапывать альбуцид тоже три раза в день.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование
2. Оценка тактики участкового педиатра, Ваш план ведения больного. Рациональная терапия в данном конкретном случае.
3. Какие осложнения возможны при данном заболевании в отсутствие лечебных мероприятий. Перечислите факторы риска возникновения бактериального конъюнктивита (в данном конкретном случае).

Ответ:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование. Дакриоцистит новорожденного. Развитие на этом фоне бактериального конъюнктивита (сочетания патология встречается в 20 % случаев конъюнктивита новорожденного). Обоснованием является слезостояние и слезотечение преимущественно с одной стороны, отек века и гиперемия конъюнктивы с этой же стороны и главное - при надавливании на область слезного мешка - появление отделяемого из нижней слезной точки.

2. Оценка тактики участкового педиатра, Ваш план ведения больного. Рациональная терапия в данном конкретном случае.

Недостаточная терапия, назначенная уч. педиатром. Необходимы более частые промывания глаз - до 6 раз в сутки (хлоргексидин, фурациллин), закапывание антибактериальных капель широкого спектра действия - флоксал, тобрекс, массаж области слезного мешка. Консультация врача - офтальмолога.

3. Какие осложнения возможны при данном заболевании в отсутствие лечебных мероприятий. Перечислите факторы риска возникновения бактериального конъюнктивита (в данном конкретном случае). Абсцесс слезного мешка флегмона орбиты. Высока вероятность инфицирования ребенка - в перинатальном периоде - длительный безводный промежуток у мамы с отягощенным гинекологическим анамнезом (эрозия шейки матки, перенесенный кольпит), вероятность течением инфекции у матери в раннем послеродовом периоде (повышение температуры), длительное пребывание в

родильном доме

Задача 34

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - $495 \times 10^9/л$, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету? Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Ответ:

1. Геморрагический васкулит, активная фаза, смешанная форма с поражением почек (кожный, суставной, почечный синдромы), среднетяжелая

степень тяжести, острое течение. Диагноз «геморрагический васкулит» выставлен на основании жалоб больного на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление сыпи на нижних конечностях, данных анамнеза (за 2 недели перенес лакунарную ангину, начало заболевания с появления сыпи на нижних конечностях, появление суставного синдрома на фоне кожного геморрагического, отягощенный аллергологический анамнез и генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям), данных объективного осмотра (на коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоочечная, симметричная, местами сливная геморрагическая сыпь, выступающая над поверхностью кожи, картина артрита левого коленного и голеностопного суставов), данных лабораторных исследований (наличие неспецифических признаков воспаления - тромбоцитоз, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ, диспротеинемия, гиперфибриногенемия).

Поражение почек без нарушения функции диагностируется на основании лабораторных данных (микрогематурия, нормальные показатели азотовыделительной функции почек).

2. Дополнительные исследования:

- иммунограмма (определение ЦИК, система комплемента, Ig);
- определение С-реактивного белка;
- определение титра антител к стрептококку АСЛ-О;
- определение антигена фактора Виллебранда;
- коагулограмма (время свертывания крови, тромбиновое и парциальное тромбопластиновое время);
- проба Зимницкого;
- определение клубочковой фильтрации (КФ);
- УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;
- мазок из зева и носа на β -гемолитический стрептококк;
- кал на яйца глист и цисты лямблий.

3. Госпитализация. Постельный режим на 2-3 недели. Гипоаллергенная диета. Антиагреганты (Дипиридамола).

Антикоагулянты (Гепарин под контролем коагулограммы).

Диспансеризация в течение 5 лет: врач-педиатр, врач-ревматолог – первый год – 1 раз в квартал, далее – 2 раза в год, врач-нефролог – первое полугодие – ежемесячно, второе полугодие – ежеквартально, далее – 2 раза в год, ЛОР-врач и стоматолог – 2 раза в год (санация хронических очагов инфекции).

Задача 35

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приеме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней. В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст.

На втором приеме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й перцентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной нормы.

ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте подростку лечение. Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели. На последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД 180/96 мм рт. ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

Ответ:

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степень.
Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип. Диагноз «первичная артериальная гипертензия» выставлен на основании жалоб на головные боли в течение 3 месяцев, данных анамнеза - выявлено стойкое повышение АД на трех приемах с интервалом 10 дней, без поражения органов-мишеней у ребенка до 16 лет. 2 степень артериальной гипертензии

установлена на основании значений АД, превышающих 95 процентиль более, чем на 10 мм рт.ст.

Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип, выставлен на основании возраста, быстрого роста, появления эмоциональной лабильности, клинических проявлений ваготонии – потливость, красный стойкий дермографизм, угревая сыпь, симпатикотонии – повышение АД, тахикардия, нарушение сна.

2. Пациенту рекомендовано:

для исключения вторичной артериальной гипертензии - УЗИ почек и надпочечников, биохимический анализ крови - мочевины, креатинина, липидный профиль; измерение АД на ногах. Осмотр глазного дна. Суточное мониторирование АД.

3. Нормализация режима дня и образа жизни: уменьшить время пребывания за компьютером, прогулки на свежем воздухе, физкультура в спецгруппе, ЛФК, сон не менее 8 часов, отказ от курения (для устранения факторов риска).

Диета с ограничением соли, кофеинсодержащих продуктов (устранение механизмов, поддерживающих артериальную гипертензию).

Немедикаментозная терапия: коррекция вегетативных нарушений (массаж воротниковой зоны, водные процедуры).

Медикаментозная терапия назначается одновременно с немедикаментозной терапией, так как у подростка АГ 2 степени.

Препаратом выбора являются бета-адреноблокаторы.

Неотложная помощь: у подростка развился гипертонический криз вследствие несоблюдения рекомендаций. Тактика ведения:

Создание спокойной обстановки, уложить пациента на кушетку, проветрить помещение. Каптоприл 0,025 под язык. Вызвать скорую медицинскую помощь.

Задача 36

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребенок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребенку давления, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт. ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания
2. Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
3. Назовите принципы неотложной терапии. Составьте план дальнейшего лечения

Ответ:

1. Гипертонический криз. Артериальная гипертензия? Диагностика АГ у

детей и подростков состоит из следующих этапов: вычисление средних значений САД и ДАД на основании трех измерений АД, проведенных с интервалом 2-3 минуты с последующим сопоставлением средних значений САД и ДАД пациента, полученных по результатам трехкратного измерения АД на одном визите, с 90-м и 95-м перцентильями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента (по специальным таблицам); сравнение средних значений САД и ДАД, зарегистрированных у пациента на трех визитах с интервалом между ними 10-14 дней, с 90-м и 95-м перцентильями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента. В случае если три средних значения САД и ДАД, определенные на трех визитах с интервалом 10-14 дней, соответствуют критериям нормального АД (<90-го перцентилья), высокого нормального АД (90-94-й перцентиль) или АГ (>95-го перцентилья), устанавливается соответствующий диагноз.

2. Клинико-anamnestическое и генеалогическое обследование, измерение АД на руках и ногах с оценкой по перцентильному распределению, ЭКГ, обследование глазного дна, консультация врача-кардиолога.

3. Для экстренного снижения АД лучше применить Каптоприл, вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Немедикаментозное лечение (режим дня, диета, отказ от вредных привычек, контроль массы тела). Лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом ингибиторы АПФ длительного действия. При неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов. При адекватно подобранной терапии после 3 месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.

Задача 37:

На приеме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 4 лет. Мама предъявляет жалобы на запоры у ребенка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднен, ребенок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мама делает очистительную клизму.

При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приемом пищи, аппетит избирательный, снижен.

Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учете у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта не отягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 102 см, масса 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет,

ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

ОАК (общий анализ крови): WBC – $7,5,0 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.

В копрограмме: неперевариваемая клетчатка +++ , крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь

УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте индивидуальный план лечения пациента. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.
3. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ:

1. Функциональный запор. Обоснование: длительность запора более месяца. Имеются 3 критерия, необходимые для постановки диагноза:

-две или менее дефекации в неделю;

-наличие большого количества каловых масс в прямой кишке;

-в анамнезе стул большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Отсутствие симптомов тревоги.

2. Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество). Диета, питьевой режим. Физическая активность. Очистительные клизмы / микроклизмы / свечи. Слабительные средства: лактулоза или полиэтиленгликоль 4000 (Макрогол).

Стол № 3 по Певзнеру. Прием пищи 5-6 раз в сутки. Ребенок должен получать продукты, содержащие клетчатку и пищевые волокна. Овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60% ежедневного рациона, и употребляться сначала в термически обработанном виде. Показано использование кисломолочных продуктов, содержащих пробиотики.

Необходимо соблюдение питьевого режима, режима питания и разового объема пищи. Количество жидкости 100-120 мл/кг в сутки.

3. Оценка эффективности первичного курса терапии проводится не ранее, чем через 2 недели. При неэффективности необходимо пересмотреть наличие «тревожных сигналов», провести дообследование: биохимический анализ крови. Направить на консультацию к врачу-гастроэнтерологу для исключения лактазной недостаточности, целиакии, пищевой аллергии, аномалий развития кишечника.

Задача 38:

Мальчик 7 лет с мамой в декретированный срок диспансерного наблюдения пришел

на прием к участковому педиатру. Наблюдается нефрологом с диагнозом:

Синдром Альпорта без тугоухости, X-сцепленный тип наследования. Хроническая болезнь почек.

Данные анамнеза заболевания: известно, что наследственность отягощена - у матери с подросткового возраста в анализах мочи отмечается эритроцитурия, расцениваемая как хронический гломерулонефрит с синдромом гематурии. У бабушки в анализах мочи - гематурия. Со слов матери у мальчика изменения в анализах мочи с 9 месячного возраста в виде небольшой протеинурии, гематурии различной степени выраженности. По данным УЗИ почек патологии не выявляли, экстраренальные проявления отсутствовали, функция почек была не нарушена. Наблюдался нефрологом по месту жительства, периодически получал курсы канефрона без положительного эффекта. В возрасте 5 лет впервые обследован в нефрологическом отделении стационара. Ребенку была выполнена пункционная нефробиопсия, по данным электронной микроскопии были выявлены изменения характерные для синдрома Альпорта. Консультирован окулистом, патологии не выявлено. По данным аудиограммы патологии со стороны слуха не обнаружено. Ребенок был консультирован генетиком. С этого времени ребенок наблюдается с диагнозом: Синдром Альпорта без тугоухости, X-сцепленный вариант. С нефропротективной и гипотензивной целью получает эналаприл 2,5 мг x 1 раз в сутки постоянно. В анализах мочи постоянно протеинурия 0,5 - 0,8 грамм/сутки, гематурия различной степени выраженности.

При осмотре: Т -36,5 С. ЧСС -84 уд.в мин. ЧДД -19 в мин. АД -130/80 мм рт. ст. Состояние ребенка средней степени тяжести. Жалоб не предъявляет. Вес 25 кг. Рост 127 см. Правильного типа телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Отеков, пастозности нет. Миндалины чистые от налетов, гипертрофированы до 1 ст. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча желтого цвета.

Результаты проведенного обследования:

- клин. ан. крови: Нв - 135 г/л; лейкоциты - 8×10^9 /л, палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 51%; эозинофилы - 4%; лимфоциты - 38%; моноциты - 5%; тромбоциты - 310×10^9 /л; СОЭ - 2 мм/час..

- биохимия крови: мочевины 2,2 ммоль/л, креатинин 46,7 мкмоль/л, СРБ 2,3 мг/л, общий белок - 64 г/л, альбумин -36 г/л, холестерин 3,62 ммоль/л, электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме

- общий анализ мочи: уд.вес 1025, рН 6,0, белок - 0,8 г/л, Л-1-2 в п/зр, эр. - 50-60 а в п /зр.

Вопросы:

1. Назовите нефрологические синдромы, имеющиеся у ребенка.
2. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации у ребенка по формуле «Bedside» Шварца:
$$pCKF = 36,5 \times Ht / Crp$$

Ht – рост (см), Crp – концентрация креатинина в сыворотке крови (мкмоль/л) и оцените стадию ХБП. Напишите диагноз ребенка с учетом стадии ХБП. Какие факторы прогрессирования хронической болезни почек имеются у ребенка в настоящее время?
3. Какие дополнительные обследования и консультации специалистов необходимо провести в настоящее время?

Ответ:

1. Синдром артериальной гипертензии, мочевого синдром (протеинурия, гематурия).
2. pCKF у ребенка – 99,2 мл/мин/1,73м². У ребенка имеет место ХБП 2 стадии. Клинический диагноз. Синдром Альпорта без тугоухости, X-сцепленный тип наследования. Хроническая болезнь почек 1 стадии. У пациента, из факторов прогрессирования нефропатии, в настоящее время имеет место артериальная гипертензия и протеинурия.
3. Определение суточной протеинурии, определение альбумин/креатининового коэффициента в разовой порции мочи, анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек с проведением доплерографии. ЭКГ, ЭХО-КГ, суточное мониторирование АД. Консультация сурдолога, окулиста, кардиолога.

Задача 39

Мальчик К., 2,5 лет, госпитализирован с жалобами на отставание в физическом развитии, жидкий стул.

Из анамнеза заболевания известно, что недостаточная прибавка в массе тела и жидкий зловонный стул отмечаются в течение последних 6 месяцев.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 2 физиологически протекавшей беременности, 2 срочных естественных родов. Старшая сестра страдает анемией, препараты железа с временным эффектом. С рождения и до двух лет мальчик находился на естественном вскармливании. Прикорм введен в 6 месяцев – овощи, фрукты, затем безглютеновые каши, мясо, затем овсяная каша. Прикорм переносил хорошо. С 2 лет в рационе много домашней выпечки. До 2 лет в весе прибавлял хорошо.

Аллергоанамнез не отягощен.

Наследственный анамнез отягощен по алопеции по линии матери (мать, бабушка и тетя).

При осмотре: вес 10,5 кг, рост 84 см, кожные покровы бледные, чистые от сыпи, влажные.

Слизистые бледные. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ритмичные, ЧСС - 110 уд/мин, Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зловонный, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
2. Какие обследования необходимо провести? Каковы ожидаемые результаты обследования?
3. Какова тактика ведения?

Ответ:

1. Целиакия. На основании данных анамнеза (отставание в физическом развитии и жидкий зловонный стул после введение в рацион выпечки, старшая сестра страдает анемией, наследственность отягощена по аутоиммунной патологии), в соматическом статусе признаки анемии и дефицит веса

2. Необходимо назначить стандартные лабораторные обследования (общий анализ крови и мочи, биохимию крови с оценкой обмена железа), скрининг на целиакию (IgA общий и антитела IgA к транглутаминазе). При пониженных значениях IgA общего, необходимо назначить IgG к транглутаминазе и диамирированным пептидам глиаина), инструментальные (ФЭГДС с биопсией залуковичного пространства 12п кишки), УЗИ брюшной полости. В ОАК: снижение гемоглобина, в биохимии крови – снижение железа, ферритина, общего белка, повышение трансферрина, повышение антител к транглутаминазе. ФЭГДС с биопсией: уплощение складок, отсутствие ворсинок макроскопически, гипертрофию крипт и атрофию ворсинок микроскопически. УЗИ ОБП и ОАМ без патологии.

3. Необходима пожизненная безглютеновая диета, восполнение дефицита витаминов и минералов (железа, фолиевой кислоты, В12, витамина Д), пожизненная безглютеновая диета, исключить молочные продукты (в связи с вторично возникающей на фоне целиакии АБКМ и дисахаридазной недостаточности). Коррекция рациона под наблюдением диетолога. Обследование у эндокринолога (анализ на ТТГ, витамин Д, паратгормон). Также необходимо обследовать на целиакию семью ребенка (прежде всего сестру, мать, бабушку и тетю). По возможности проведение генетического обследования членов семьи.

Задача 40

У мальчика 9 лет отмечается желтушность кожных покровов и склер. Периферические лимфоузлы, печень не увеличены. Селезенка +3 см из-под края реберной дуги. В анализах крови: эритроциты- $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-96г/л, ретикулоциты — 5,7%, тромбоциты- $288 \times 10^9/л$, лейкоциты- $6,4 \times 10^9/л$, СОЭ -10мм/ч. Средний диаметр эритроцитов — 4,6 мкм (46%), 5,7 (38%), 6,4-16%. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 47 мкмоль/л, непрямо- 37 мкмоль/л, прямо- 10 мкмоль/л. АЛТ-0,32 ммоль/л, АСТ- 0,17 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. Лечение?

Ответы:

1. болезнь Минковского-Шоффара (наследственный сфероцитоз)
2. гемолитическая анемия вследствие дефекта клеточной мембраны эритроцитов, проницаемость мембраны для ионов натрия становится избыточной, в связи с чем эритроциты приобретают шарообразную форму, становятся ломкими и легко подвергаются спонтанному гемолизу. Наследственный сфероцитоз передается по аутосомно-доминантному типу. Как правило, у одного из родителей выявляют признаки гемолитической анемии. Возможны спорадические случаи заболевания (в 25%), представляющие собой новые мутации.
3. Лечение наследственного сфероцитоза проводят в зависимости от клинических проявлений заболевания и возраста ребенка. В период гемолитического криза лечение консервативное. Больной подлежит госпитализации. Основными патологическими синдромами, развивающимися в период криза, являются: анемия-гипоксия, отек головного мозга, гипербилирубинемия, гемодинамические нарушения, ацидотические и гипогликемические сдвиги. Терапия должна быть направлена на ликвидацию этих нарушений по общепринятым схемам. Трансфузии эритроцитарной массы показаны лишь при развитии тяжелой анемии (8-10 мл/кг). Применение глюкокортикоидов нецелесообразно. По выходу из криза расширяется режим, диета, назначаются желчегонные препараты (преимущественно холекинетики). В случае развития регенераторного криза необходима заместительная гемотрансфузионная терапия и стимуляция гемопоэза (трансфузии эритроцитарной массы, преднизолон 1-2 мг/кг/сутки, вит. В12 до появления ретикулоцитоза и др.). Радикальным методом лечения наследственного сфероцитоза является спленэктомия, которая обеспечивает практическое выздоровление, несмотря на сохранность сфероцитов и снижение осмотической резистентности (степень их выраженности уменьшается).

Задача 41

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 37,8°C, беспокойство, снижение аппетита, ограничение подвижности в левой конечности, вынужденное положение левой конечности. Из анамнеза известно, что семья неполная, маме - 42 года. Беременность 4, роды - 4. Протекала с осложнениями, на фоне гестоза, анемии, большой прибавки в весе. Срочные роды на 38 неделе, родовое излитие околоплодных вод. Безводный промежуток 11 часов. Масса тела при рождении 2.900, рост 52.0 см. Выписана из родильного дома на 7 сутки. Дома мама отмечает беспокойство при переодевании и смене подгузника. Врача не вызывала, температуру не измеряла, внешне с ее слов ножки не изменены. В день госпитализации - ребенок очень беспокоен, температура - фебрильная, отказ от еды, кожа бледная. Вызвана бригада СМП, ребенок госпитализирован в стационар.

Вопросы:

1. Клинический диагноз? Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?
2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие

диагноз, укажите сроки их проведения.

3. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит новорожденного. Тяжелое течение беременности и родов, длительный безводный промежуток, с дородовым излитием вод - 11 часов, поздняя выписка из родильного дома (7 сутки), эпизод повышения температуры у матери в раннем послеродовом периоде до фебрильных цифр.

2. Рентгенологическое исследование на 8-12 сутки от начала заболевания. В данном конкретном случае выполнить УЗИ левого коленного сустава, рентгенография левой нижней конечности. Анализы - общий, биохимический, СРБ, тест на Прокальцитонин (ПКТ), иммунологические исследования, посев крови на стерильность, консультация хирурга (необходимость оперативного вмешательства?)

3. Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, иммобилизация по Шеде, иммунотерапия, симптоматическая терапия.

Задача 42

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ – 38 мм/час.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

3. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

Ответ:

1. Пневмония, внебольничная, нижнедолевая правосторонняя. Диагноз «пневмония» поставлен на основании типичных клинических синдромов, локальной перкуторной и аускультативной симптоматики, воспалительных изменений со стороны гемограммы, а также типичной рентгенологической картины.

2. Пациенту рекомендовано: посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам; ЭКГ.

3. Обильное питье. Внутрь Парацетамол или Ибупрофен, при неэффективности парентеральное введение раствора Метамизола натрия. План лечения: антибактериальная терапия (Амоксициллин или Цефуроксим), с целью регидратации назначается обильное питье, для оптимизации мукоцилиарного клиренса – муколитики, симптоматическая терапия

Задача 43

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9 °С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Сегодня состояние ребенка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъем температуры до 38,8 °С.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Показана ли ребенку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

2. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?

3. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 г\л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%. СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

Ответ:

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДНО.

Диагноз «внебольничная пневмония» поставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, слабость, головную и мышечную боль, сухой кашель; анамнеза заболевания (заболела остро, фебрильная температура сохраняется в течение 3 дней); анамнеза жизни (ребенок с момента начала посещения ДОУ часто болеет ОРИ), против пневмококковой инфекции не привита; на основании физикальных данных (бледность кожного покрова, повышенная температура тела, ЧД:ЧСС = 1:4, асимметричность объективных данных: справа в нижних отделах отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы.

Госпитализация не показана, так как нет клинических (признаки осложнений), социальных (благополучная семья) и эпидемиологических (ребенок живет в семье) показаний. Для окончательной постановки диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Клинический анализ крови.

2. Препаратом выбора для этиотропной терапии являются антибиотики из группы: защищенные пенициллины (Амоксициллина Клавуланат), цефалоспорины 1-2 поколения, так как внебольничная пневмония у ребенка 4 лет, как правило, обусловлена пневмококком и ребенок два месяца назад уже получал антибиотик – Флемоксин солютаб (Амоксициллин). Тяжесть состояния не требует парантерального введения антибиотика, поэтому можно назначить формы выпуска для перорального приема (суспензия, диспергируемые таблетки).

Так как у ребенка нет факторов риска резистентности пневмококка к пенициллину, то необходимо выбрать дозу 40-50 мг/кг/сут (по Амоксициллину) внутрь в три приема. Препарат отменяется после трех дней нормальной температуры тела, но не ранее 7 дней от начала приема.

3. Результаты рентгенологического обследования соответствуют клиническим данным, характерным для правосторонней внебольничной пневмонии средней степени тяжести (инфильтрация в S6 правого легкого), в клиническом анализе крови лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитов, умеренно ускоренная СОЭ).

Диагноз окончательный «внебольничная пневмония правосторонняя, средней степени тяжести (S6 сегмент)».

При нормализации температуры тела, улучшении самочувствия, купирования дыхательных расстройств и завершения курса антибактериальной терапии

повторного рентгенологического обследования и исследования показателей периферической крови не требуется.

После перенесенной острой пневмонии 4-летний ребенок должен наблюдаться врачом-педиатром в течение первых 12 мес. 1 раз в 3 месяца, лабораторные анализы, осмотр ЛОР-врачом и стоматологом - 1 раз в 6 месяцев. Затем в течение еще 4 лет активный осмотр 1 раз в 6 месяцев и по показаниям. Общеоздоровительные мероприятия. Плановая вакцинация против пневмококковой инфекции через месяц после перенесенного заболевания. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций.

Задача 44

На приеме мама с ребенком мальчиком 7 месяцев

Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой тела 3200, длиной □ 52 см. Неонатальный период без особенностей. С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту.

Из анамнеза известно: ребенок болен в течение одной недели. На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°C, слизистых выделений из носа, «покашливания». Назначена противовирусная терапия (Виферон), капли в нос с Ксилометазолином. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды.

Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела 8200 г, рост 68 см. Ребенок беспокойный. Температура тела 38,8 °C. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно жесткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы для стартовой антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? В какие сроки проводится оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии? Укажите длительность антибактериальной терапии. Назовите группы препаратов, используемые для симптоматической и патогенетической терапии данной патологии.

Ответ:

1. Пневмония внебольничная, левосторонняя, среднетяжелая. Диагноз

пневмония в нижней доле слева, внебольничная поставлен на основании:

- данных анамнеза: на 5 день ОРИ «вторая волна» лихорадки, усиление кашля, отказ от еды;
- осмотра: наличие синдрома интоксикации (отказ от еды, фебрильная температура тела, бледность кожи);
- синдрома дыхательной недостаточности (одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника);
- респираторного синдрома (малопродуктивный частый кашель);
- бронхолегочного синдрома (слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, аускультативно ослабление дыхания и мелкопузырчатые влажные хрипы).

Внебольничная (так как возникла вне условий лечебного учреждения) и средней тяжести (так как нет осложнений).

2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, фракции, СРБ) для оценки выраженности воспаления; рентгенограмма легких для подтверждения диагноза и уточнения морфологии пневмонии;

ЭКГ.

3. Амоксициллина клавуланат 50-60 мг/кг/сутки в 2 приема внутрь или Цефуроксим 50-100 мг/кг/сутки в/м в 2 введения или Цефтриаксон 50-75 мг/кг/сутки в/м в 2 введения.

Оценка эффективности антибактериального лечения должна проводиться в течение 24-48 часов от начала терапии. Длительность антибактериальной терапии составляет 5-7 дней.

Симптоматическая терапия: муколитические препараты. Жаропонижающие препараты при лихорадке выше 38,5° С.

Задача 45

На приеме у врача-педиатра участкового мать с ребенком 3 лет 10 месяцев.

Мать жалуется на субфебрильную температуру, плохой аппетит, сухой кашель у ребенка.

Эпидемиологический анамнез: дедушка ребенка болен фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, МБТ (+). Со слов мамы, дед проживал по другому адресу, но с ребенком общался.

Анамнез жизни: родился в срок, вес – 3100 гр. Вакцинация БЦЖ в родильном доме.

Ребенок часто болеет простудными заболеваниями, месяц назад перенес ветряную оспу.

Анамнез заболевания: заболел более месяца назад, повысилась температура до 37,8 °С, сохранялась в течение 3 дней, затем периодически повышалась в вечернее время, в этот период стали отмечать сниженный аппетит, вялость, сонливость, появился сухой коклюшеподобный кашель.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Тургор тканей снижен. Поствакцинальный кожный знак от БЦЖ – рубчик 3 мм. Пальпируются периферические лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные), размером до 0,6–0,8 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью и между собой. При

физикальном обследовании в легких: справа паравертебрально укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание жесткое.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 32%; лимфоциты – 63%; моноциты – 4%. СОЭ – 12 мм/час.

Результаты пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л: 1 год – отрицательная; 2 года – отрицательная; 3 года – папула 10 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: в легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется. Правый корень расширен, границы нечеткие. Левый корень структурен. Легочный рисунок обогащен в прикорневой зоне справа.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Представьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний при этой патологии. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Укажите ошибки в наблюдении за ребенком. Дальнейшая тактика ведения больного.

Ответ:

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы справа, в фазе инфильтрации. МБТ? Диагноз «туберкулез» внутригрудных лимфатических узлов установлен на основании

- контакта с бабушкой больным туберкулезом легких, МБТ+ (эпидемиологический анамнез);
- жалоб и синдрома общей интоксикации (субфебрильная температура, сниженный аппетит, вялость, сонливость) длительностью более 2 недель (заболел 4 недели назад) и бронхолегочного синдрома (сухой кашель);
- синдрома полиадении (множество пальпируемых групп периферических лимфатических узлов); «виража» туберкулиновых проб (анамнестические данные).

Локализация туберкулезного процесса во внутригрудных лимфатических узлах бронхопульмональной группы справа и фаза инфильтрации установлены на основании рентгенологического обследования (правый корень расширен, границы нечеткие). МБТ? – так как данных за бактериовыделение нет.

2. Дифдиагностик с : Лимфоаденопатия неспецифической этиологии (при бронхите, ЛОР- патологии, ветряной оспе). Коклюш. Неврогенные образования. Саркоидоз 1 стадии. Пациенту рекомендовано: проведение пробы Диаскинтест для уточнения активности туберкулезной инфекции. Исследование ПВЖ или рото-глоточной слизи на КУМ (микроскопия с окраской по Цилю-Нельсону), посев исследуемого материала на МБТ (культуральный метод) и определение лекарственной чувствительности на противотуберкулезные препараты, ПЦР на ДНК МБТ. Лучевое обследование: МСКТ для уточнения локализации и распространенности поражения внутригрудных лимфатических узлов.

3. Впервые положительная проба Манту после отрицательных указывает на

первичное инфицирование МБТ. Однако не соблюден порядок оказания медицинской противотуберкулезной помощи: ребенок не обследован на туберкулез (не проведен клинический минимум обследования), не направлен на консультацию к врачу-фтизиатру. По контакту с больным туберкулезом не состоял на диспансерном учете у врача- фтизиатра. Дальнейшая тактика: консультация врача-фтизиатра, взятие на диспансерный учет в 1 группу (больные с активным туберкулезом), госпитализация в специализированную больницу (оказание специализированной медицинской помощи), назначение химиотерапии (комбинированная - 4 препарата, длительное - не менее 9 мес.).

Задача 46

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затрудненное дыхание, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъем температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребенок был направлен на стационарное лечение.

Наследственность по аллергопатологии не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в легких дыхание жесткое, равномерно проводится по всем легочным полям, выдох удлинен, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ответ:

1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I. Диагноз «острый бронхит» установлен на основании жалоб больного на частый

малопродуктивный кашель приступообразного характера, затрудненное дыхание, беспокойство; предшествующие признаки ОРВИ, невысокая температура, отсутствие токсикоза и лейкоцитоза, диффузные хрипы.

Синдром бронхиальной обструкции определен по наличию одышки экспираторного характера с 4 дня заболевания, вздутия грудной клетки, отсутствия отягощенного анамнеза, данных объективного осмотра (дыхание с удлиненным выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, перкуторно – коробочный звук, аускультативно в легких – диффузные сухие «свистящие» хрипы на фоне удлиненного выдоха).

Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (30 в минуту), умеренном цианозе, бледности кожных покровов, умеренной тахикардии (114 ударов в минуту).

2. Пациенту рекомендовано: при подозрении на атипичную этиологию заболевания - серологическое исследование на определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (*Chlamidia pneumoniae*), антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*) в крови; проведение рентгенографии органов грудной клетки при подозрении на пневмонию, инородное тело; исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при рецидивирующем течении БОС; консультация врача-оториноларинголога (при наличии синдрома «шумного дыхания»), врача- физиотерапевта (с целью улучшения дренажа ТБД).

3. Лечение:

- Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки;
- Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции;
- Ингаляционные β 2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день;
- Сальбутамол на прием 5 мл, либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или
- Фенотерол + Ипратропия бромид на прием 2 капли/кг, максимально 1,0 мл либо 1- 2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней.
- При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO_2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β 2-агонистов назначают:
 - ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – Будесонид в суспензии, в среднем 250-500 мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней.
 - Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукорегуляторы: например, Амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл по 15 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.

Дальнейшее наблюдение: профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением

воздуха, с пассивным курением. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу и врачу-пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.

Задача 47

Мальчик 11 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлен бригадой скорой помощи в приемный покой детской больницы. Мать жалуется на затрудненное дыхание у ребенка, частый кашель, повышение температуры до 37,5 °С. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у мальчика произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом-педиатром скорой помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребенок доставлен в стационар.

Состояние ребенка врачом приемного покоя расценено как тяжелое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над легкими коробочный звук. При аускультации – жесткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови.

Клинический анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час.

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребенка? Окажите неотложную помощь ребенку.
3. Дайте рекомендации родителям ребенка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.

Ответ:

1. Острый бронхит с обструкцией.

Клинический диагноз «острый обструктивный бронхит» выставлен на основании анамнеза заболевания – заболевание началось с ОРВИ, состояние ухудшилось к 4 дню за счет нарастания бронхиальной обструкции; на основании данных объективного осмотра – признаки нарушения проходимости бронхов (учащенное дыхание с затрудненным выдохом, множество сухих свистящих хрипов при аускультации легких, уменьшение одышки после применения бронхолитика), признаки вздутия легких (увеличение переднезаднего размера грудной клетки, коробочный звук при перкуссии

легких); на основании рентгенографического исследования – усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений, повышенная прозрачность легочных полей; данных клинического анализа крови – незначительный лейкоцитоз с лимфоцитарным сдвигом, ускорение СОЭ.

2. Для купирования бронхообструкции у данного ребенка предпочтение следует отдать β 2-агонистам короткого действия (Сальбутамол, Фенотерол), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижают проницаемость сосудистой стенки, усиливают мукоцилиарный клиренс или препарату из группы М- холинолитиков – ипратропиума бромида (Атровент). Причем при добавлении к β 2- агонистам ипратропиума бромида достигается синергический эффект. Поэтому бывает наиболее эффективным использование фиксированной комбинации Фенотерола и ипратропиума бромида (Беродуала).
Неотложная помощь: Успокоить ребенка.

Беродуал (Berodual) 10 капель растворить в 3 мл физиологического раствора хлорида Натрия, ввести путем ингаляции через небулайзер. При отсутствии эффекта ингаляцию можно повторить еще дважды через 20 минут. Пульмикорт (Pulmicort) 0,25 мг растворить в 3 мл физиологического раствора, ввести путем ингаляции через небулайзер через 15-20 мин после ингаляции Беродуала.

Если эффект от вышеперечисленной терапии не наступил, то внутривенно ввести 1,3 мл 0,4% раствора Дексаметазона (Sol. Dexametasoni) из расчета 0,5 мг/кг и 1,7 мл 2,4% раствора Эуфиллина (Sol. Euphyllini) из расчета 4 мг/кг, лучше в/в капельно, предварительно растворив в 20 мл 0,9% раствора Натрия хлорида.

3. Респираторные вирусные инфекции, вызывающие обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, весьма контагиозны и распространяются не только воздушно-капельным, но и контактным путем. Инфекция может переноситься руками после контакта с секретами дыхательных путей. Поэтому распространение вирусов уменьшает частое мытье рук ухаживающих за ребенком лиц, использование одноразовых перчаток, масок, халатов, защитных очков.

Родителям рекомендуется ограничить пребывание ребенка раннего возраста в людных местах, в том числе в детских учреждениях, исключить возможность пассивного курения, переохлаждений в эпидемический сезон инфекции (зима-весна). Проводить закаливание ребенка.

Защитное действие оказывает грудное вскармливание.

Задача 48

На приеме врача-педиатра участкового мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребенок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объеме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г. С 2 месяцев переведен на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отеков нет. Рост 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок 1,0×1,5 см, не напряжен. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC–5,6×10⁹/л, RBC–3,2×10¹²/л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0мкм³, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – 340,0×10⁹/л, NEU-30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий- плоский 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещенные и разрешенные злаковые продукты.
3. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребенком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребенка на педиатрическом участке?

Ответ:

1. Целиакия, симптомная (типичная) форма, активный период (клиническая манифестация). Диагноз «целиакия» установлен на основании: жалоб родителей на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, анорексию, данных анамнеза (появление симптомов связано с введением в рацион глютенсодержащих продуктов - овсяной каши), наличия клинико-лабораторных проявлений: дефицит массы, анемический синдром, стеаторея 2 типа, метеоризм.
2. Госпитализация в стационар гастроэнтерологического или педиатрического профиля. Аглиадиновая диета (строгая, пожизненная). Исключаются рожь, пшеница, овес, ячмень и продукты, их содержащие.

Разрешаются рис, кукуруза, гречка, пшено.

3. 1) Врач-педиатр участковый должен направить ребенка к врачу-гастроэнтерологу для дальнейшего наблюдения.

2) Стандарт наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, определение сроков вакцинации осуществляет врач-педиатр участковый. После установления диагноза в течение первых двух лет ребенок осматривается – 1 раз в 6 месяцев, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

Задача 49

Девочка. 3 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39 °С, появился насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появилась одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы.

Анамнез не отягощен, одышка у ребенка возникла впервые в жизни.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 38,9 °С. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В легких дыхание жесткое, выдох несколько удлинен, по всем полям - сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД - 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,2 \times 10^9/\text{л}$, лейкоформула не изменена, гемоглобин - 116 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите и обоснуйте тактику терапии. При присоединении бактериальной флоры какое обследование необходимо выполнить в первую очередь? Укажите предполагаемые результаты обследования.
3. В случае присоединения вторичной бактериальной инфекции какой препарат следует выбрать в первую очередь? Укажите дозы, предпочтительный путь введения, критерии эффективности антибактериальной терапии. Назовите метод специфической профилактики респираторных инфекций у детей с первого года жизни, перечислите препараты.

Ответ:

1. Острый бронхит, синдром бронхиальной обструкции (вероятно, гриппозной этиологии).

Диагноз установлен на основании данных анамнеза: второй день течения заболевания, признаки поражения респираторного тракта (кашель, насморк), указание на вероятность заражения гриппом; данных клинического осмотра: наличие признаков респираторной вирусной инфекции и проявлений синдрома бронхиальной обструкции (сухие свистящие и единичные влажные хрипы по всем легочным полям на фоне удлиненного выдоха), отсутствие симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности; данных лабораторного исследования: отсутствие воспалительных изменений в ОАК.

2. При гриппе в первые 24-48 час оправдано применение Осельтамивира (Тамифлю) внутрь 2-4 мг/кг в течение 5 дней.

Для купирования бронхообструкции: Сальбутамол (Венталин) 0,5 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 0,5 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отека слизистой/подслизистой при сохранении респираторного дистресса: Будесонид 500 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер 2 раза в день. При рефрактерном респираторном дистрессе – Преднизолон в/м, в/в 1,5-2 мг/кг.

Парацетамол 15мг/кг (Ибупрофен 7-10 мг/кг) при повышении температуры тела выше 38,5-39 °С.

Туалет носа. Муколитики (Амброксол) через рот или в ингаляциях.

Исследование в первую очередь: ОАК (ожидаемый результат – нейтрофильный лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$).

3. Препаратом первого выбора является Амоксициллин 50-60 мг/кг в 3 приема через рот в виде суспензии. Эффективность антибактериального препарат оценивается через 48-72 часа от начала приема по уменьшению проявлений интоксикации, снижению температуры тела, уменьшению лейкоцитоза.

К специфическим методам профилактики респираторных инфекций у детей относится вакцинация против гриппа (Гриппол+, Ваксигрип и др.), против гемофильной инфекции (Акт-хиб), против пневмококковой инфекции (Превенар-13).

Задача 50

На приеме у врача-терапевта участкового мама с ребенком 3 лет с жалобами на малопродуктивный приступообразный кашель, подъем температуры до 38,5°C, отказ от еды, шумное затрудненное дыхание.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен 3 дня, появилась температура, насморк, подкашливание. На 3 день болезни присоединилось затрудненное дыхание.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным, с весом 3500 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 6 месяцев, затем переведен на искусственное (у мамы не стало молока). Развитие по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Болеет 2-3 раза в год, не тяжело. Антибиотики не получал. Аллергоанамнез не отягощен. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – экзема. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребенок возбужден, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой выражен, паратрофик. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание слышно на расстоянии, с затрудненным выдохом и втяжением межреберных промежутков. Частота дыхания до 45 в минуту. Перкуторно по

всем полям определяется коробочный звук. При аускультации сухие свистящие и влажные хрипы различного калибра. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты – 19 тысяч; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 42%; моноциты - 3%. СОЭ – 23 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии для купирования бронхообструктивного синдрома? Обоснуйте свой выбор.
3. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось: купировалась одышка, появился продуктивный кашель, нормализовалась температура тела. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ:

1. Острый бронхит, бронхообструктивный синдром.

Диагноз установлен на основании:

жалоб больного на приступообразный малопродуктивный кашель, температуру, затрудненное, шумное дыхание;
данных анамнеза: ребенок болен 3 дня (заболевание началось с признаками острой респираторной инфекции, затем присоединилась одышка);
при осмотре выявлена клиника бронхообструктивного синдрома (малопродуктивный приступообразный кашель, одышка экспираторного характера до 45 в минуту, коробочный звук при перкуссии, сухие свистящие и влажные различного калибра хрипы по всем полям); в ОАК выявлен лейкоцитоз с умеренным нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ.

Пациенту рекомендовано: рентгенография органов грудной клетки. Плетизмография.

2. Ребенку необходимо назначить короткодействующие бронхолитики Фенотерол/Ипратропия бромид. Выбор препарата из этой группы основан на их бронхолитическом эффекте, минимальной кардиотоксичности в связи с рациональной комбинацией препаратов за счет потенцирования бронхолитического действия и уменьшения разовой дозировки. Препарат назначается преимущественно в ингаляционной форме через компрессорный небулайзер в стартовой дозе 10 капель в разведении с 3 мл физраствора. После проведения ингаляции необходимо через 20 минут оценить эффективность терапии по появлению продуктивного кашля и уменьшения или купирования одышки. При неэффективности повторить ингаляции еще дважды с интервалом 20 минут.

Если эффекта от ингаляционной терапии бронхолитиками нет, то необходимо назначить ИГКС (Будесонид) в суспензии через небулайзер в дозе 250 мкг 2 раза в день. Препарат назначается с противовоспалительной целью.

Учитывая наличие интоксикации, лейкоцитоз 19 тыс. с нейтрофильным сдвигом и увеличение СОЭ, необходимо назначить антибиотики из группы макролидов – Джосамицин через рот в дозе 250 мг 2 раза в день (мама ребенка не переносит β- лактамные антибиотики).

3. Перевести комбинированный короткодействующий бронхолитик в 3-кратный режим с интервалом 8 часов на 5-7 дней. При появлении продуктивного кашля добавить муколитические препараты (Амброксол в дозе 25 кап 2-3 раза в день через рот). Проведение вибрационного массажа и постурального дренажа (при отсутствии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы) 3 раза в день.

Задача 51

Девочка 4 лет госпитализирована в отделение экстренно, с болями в животе, признаками дистрофии.

Из анамнеза известно: Семейный анамнез отягощен по язвенной болезни желудка, хроническому запору, ревматизму, ИБС. Ребенок от 2 беременности, протекающей с угрозой прерывания (конфликт по резус фактору, нарастание антител), роды 2 (на 37 – 38 неделе), самостоятельные, со стимуляцией (нарастание антител), вес - 2900 рост - 51 см. На грудном вскармливании до 1 месяца, затем кисломолочные смеси, каши с 5 месяцев (овсяная, манная), после чего отмечалось вздутие живота, неустойчивый стул (запоры чередовались с диареей). Отмечается плохая прибавка в весе. В течение последних 6 месяцев нарастает потеря массы тела, стул обильный, кашицеобразный, зловонный, плохо смывается с унитаза. Ребенок не обследован. В весе и росте прибавляла плохо, часто болела острыми респираторными инфекциями.

При осмотре: Состояние ребенка на момент осмотра средней тяжести. Вялая, капризная, не ходит, аппетит снижен. Вес: 9,0 кг (норма 12,3 – 13,9 кг), рост: - 86 см (норма 87,7 – 92,3 см). Астеничного телосложения, резко пониженного питания, тургор тканей снижен, мышечный тонус снижен. Кожные покровы бледные, мраморные, сухие, кожа собирается в складки, видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой истончен, периферических отеков нет, В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия – 88 в 1 минуту, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, умеренно болезненный по ходу толстой кишки, печень + 2,0 – 2,5 см, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый: через 1 – 2 дня или кашицеобразный, желто-серого цвета, зловонный. Мочепускание не нарушено.

Данные обследований:

Общий анализ крови: Нв – 106 г/л, Эр – 3,8, Тромбоц. – 441, Лейкоц – 7,7, п/я – 1, с/я – 46, лимф – 49, мон – 4, СОЭ – 2 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 22 (до 40), АсАт – 35 (до 40), щелочная фосфатаза – 298, амилаза – 39 (25 - 125), панкреатическая амилаза – 14 (17 – 115), общий белок – 62,8 (64 – 85), железо – 2,0 (4,5 – 27,9), трансферрин – 2,74 (1,91 – 3,15), магний – 0,81 (0,85 – 1,15), кальций общий – 1,98 (2,0 – 2,7), кальций ион. – 0,88 (1,13 – 1,3) хлориды – 113 (98 – 111)

Копрология: мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – единичные, растительная клетчатка – умеренно, крахмал – единичный, лейкоциты 2 – 3 в

п/зр.

ФГДС: Начиная с постлуковичного отдела и по направлению каудально отмечается выраженная поперечная исчерченность слизистой тонкой кишки. Слизистые субатрофичны, отечны. Постлуковичный отдел – складки обычного калибра, концентрично расположены.

Биопсия тощей кишки: выражена гипотрофия слизистой оболочки тощей кишки. Полная атрофия кишечных ворсинок. Поверхность слизистой оболочки сглажена, ямочного типа.

Анализ крови на антитела к глиадину, тканевой трансаминазе: увеличение титра антител в 7 раз.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Каков этиопатогенез заболевания?
3. Как проводить лечение? Какие крупы разрешены в питании таким больным?

Ответ:

1. Целиакия. Железодефицитная анемия. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования.
2. Генетически детерминированное заболевание, аутоиммунный механизм, атрофия ворсинок тонкой кишки, непереносимость белков злаковых культур
3. Строгая и пожизненная безглютеновая диета, коррекция метаболических нарушений. Кукуруза, греча, рис

Задача 52

Иван, 3 года 2 месяца. Мама предъявляет жалобы врачу поликлиники на наличие запоров у ребенка, стул 1 раз в 3 суток, чаще по типу «овечьего».

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я (1-я, мальчик, здоров), протекала с анемией всю беременность. Роды на 40 неделе, без осложнений. Оценка по шкале Апгар 8/9 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. У мамы агалактия.

Из анамнеза заболевания известно, что периодические нарушения акта дефекации отмечаются с года, когда ребенок был переведен на общий стол. Для нормализации стула мама давала чернослив, свежие овощи. Ухудшение состояние наблюдается в течение последних трех месяцев, когда ребенок пошел впервые в сад. С этого времени акт дефекации раз в 3-4 дня, часто с помощью клизмы. При детальном расспросе относительно рациона ребенка было выяснено, что аппетит у мальчика избирательный (в рационе преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенья, сушки, редко мясо, из супов – только бульоны). Мальчик малоподвижен, много сидит у телевизора.

При осмотре состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, тени под глазами. Полость рта розовая, в углах «заеды», язык густо обложен белым налетом. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, не увеличен. Тонус мышц передней брюшной стенки

снижен. При пальпации живот мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа. Печень +2см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Перипростальная область не изменена. Нервная система: дистальный гипергидроз, дермографизм красный, разлитой.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какова этиология заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какое инструментальное обследование необходимо провести?
3. Какова тактика ведения пациента? Какие продукты должны входить в рацион больного?

Ответ:

1. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Спастическая дискинезия толстой кишки. Функциональный запор. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (осложненное течение беременности, искусственное вскармливание, ухудшение характера стула после перевода на общий стол и стрессовый фактор), осмотр (нормальное физическое развитие, состояние кишечника при пальпации). Алиментарный фактор, стрессовый фактор, нарушение моторики толстой кишки, гипотония мышц передней брюшной стенки, синдром вегетативной дисфункции по ваготипу
2. С болезнью Гиршпрунга, долихосигма, мегаколон. Необходимо провести рентгеноконтрастное исследование толстой кишки, УЗИ брюшной полости.
3. Необходима коррекция питания, оптимизация физической нагрузки, приучение опорожнять кишечник в одно и то же время ежедневно, лечебная физкультура и массаж, препараты лактулозы или макроголя, прокинетики, минеральная вода. В питание необходимо включить: фруктовые соки с мякотью, отруби, блюда из овощей, гречневая, ячневая крупа.

Задача 53

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

Из анамнеза известно: Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес. вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес. - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела

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

Общий анализ крови: НЬ - 99 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

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

Вопросы:

1. Клинический диагноз на момент осмотра (основной, сопутствующие заболевания)? Назовите причины развития данных состояний.
2. План дополнительного обследования? Ожидаемые результаты?
3. Назначьте ребенку питание. План медикаментозного лечения?

Ответ:

1. Основной: Пренатально-постнатальная гипотрофия II ст смешанного генеза. Сопутствующий: Рахит II ст, стадия разгара, подострое течение. Анемия I ст. Дисбактериоз кишечника. Вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания II степени тяжести. Причины: неблагоприятное течение беременности (токсикоз, ОРВИ). Несбалансированное питание. Пневмония в раннем возрасте + длительное АБ терапия. Интенсивный рост и перестройка костной ткани у грудничков.

2. Биохимия крови (общий белок, альбумин, амилаза, железо, трансферрин, ОЖССС, уровень натрия, калия, кальция, фосфора, ШФ), анализ кала на дисбактериоз. Рентген предплечья и кисти. Биохимия мочи (выведение аминокислот, кальция, фосфатов).

Копрология (признаки нарушения пищеварения).

Рентгенография трубчатых костей.

3. Питание: адаптационный период объем равен 1/2 – 2/3 от нормы в течение 3-7 дней. Число кормлений + 1-2. Расчёт на массу фактическую.

Восстановительный период: Б.У – на приблизительно должную массу = масса фактическая + 20%; Ж – на массу фактическую. Первая неделя – объём суточный = 1/2 – 2/3 от нормы. 6 кормлений. Б.У. – масса фактическая + 5%. Ж – масса фактическая. Вторая неделя – объём суточный = 2/3. 6 кормлений. Б.У. – масса фактическая + 10%. Жиры – масса фактическая. Третья неделя – объём суточный = 2/3-3/4. 6 кормлений. Б.У. – масса фактическая + 15%. Ж. – масса фактическая. Четвёртая неделя – объём равен норме. Б.У. – приблизительно должная = масса фактическая + 20%. Ж. – на массу фактическую.

Медикаментозная терапия – препараты витамина D: Цитратная смесь +

витамин D2 с увеличением дозы до 2-5 тыс. МЕ в сутки в течение 4-6 недель, затем переход на профилактическую дозу вит. D (400-500МЕ в сутки), через 3 месяца противорецидивный курс на 3-4 недели. Через 2 недели от лечения препаратами назначить массаж и ванны. Контроль за эффективностью лечения норма биохимии крови (Са, Р, ЩФ) и мочи (снижение экскреции кальция и фосфора, аминокислот). Коррекция анемии, нарушения пищеварения, дизбиоза кишечника: вит. С, гр.В, А, Е, фолиевая кислота, ферменты (абомин, панкреатин), анаболич. препараты: рибоксин, оротат К, карнитин. Пробиотики. При подтверждении дисбактериоза – биопрепараты. Препараты Fe – лактоферрин, мальтофер.

Задача 54

Мальчик 1 месяца жизни на приеме у участкового педиатра. Жалобы на слизь и прожилки крови в стуле в течение последней недели. Ребенок исключительно на грудном вскармливании.

Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности на фоне анемии, угрозы прерывания, отеков, роды путем Кесарева сечения (клинически узкий таз). По Апгар 8/9. Масса тела 3500 г, рост 51 см при рождении.

В объективном статусе на момент осмотра весит 4500 г, 54 см, кожные покровы чистые, влажные, живот не вздут, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул с единичными прожилками алой крови в слизи.

ОАК сдан накануне. Без отклонений.

Вопросы:

1. какие уточняющие вопросы необходимо задать родителям для выяснения этиологии имеющихся симптомов?
2. ваш предполагаемый диагноз? с какими органическими и функциональными состояниями грудного возраста необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. как подтвердить диагноз?

Ответ:

1. Рацион матери. Анамнез родителей. Проводился ли докорм смесью в роддоме
2. Эозинофильный проктоколит. Аллергия на белок коровьего молока. С инвагинацией, кишечной инфекцией, геморрагической болезнью новорожденных
3. Диагностическая элиминационная диета матери (исключить продукт исходя из собранного анамнеза (белок коровьего молока, яйца) на 2-4 недели.

Задача 55

Подросток 17 лет обратился к врачу в связи с жалобами на дисфагию, изжогу в течение 3 месяцев. Мальчик также жалуется на чувство застревания твердой пищи у него в горле, во время еды. Самостоятельно принимал антациды в течение 2 месяцев с минимальным эффектом. В анамнезе жизни аллергический ринит и бронхиальная астма, сенсibilизация к ранним и поздним деревьям и травам, принимает низкие дозы ингаляционных кортикостероидов и бронхолитики.

Физическое развитие: рост 183 см, вес 84 кг; ИМТ 25 кг/м². Температура 36,8°C, пульс 70/мин, дыхание 18/мин, артериальное давление 120/78 мм рт.ст. Живот мягкий и безболезненный. По остальным системам без отклонений. По данным ФЭГДС слизистая пищевода отечная, гиперемирована на всем протяжении, точечный белый налет, циркулярные борозды по всему пищеводу, слизистая желудка и 12п кишки не изменены.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз? Обоснуйте
2. Что необходимо провести из дополнительных обследований для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ответ:

1. Эозинофильный эзофагит. Связь с аллергологической респираторной патологией подозрительно на перекрестную пищевую аллергию
2. Необходимо провести биопсию из нескольких участков слизистой пищевода, наличие более 15 эозинофилов в биоптате подтвердит диагноз. Также необходимо провести аллергообследование на пищевые аллергены.
3. Элиминационная диета, ИПП, при неэффективности топические ГКС.

Задача 56

К педиатру обратилась мама с ребенком 10 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, насморк, частый приступообразный кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел 3 дня назад, когда повысилась температура тела до 38,5°C, появилась заложенность носа, затем серозное отделяемое. На следующий день присоединился кашель. Лечились самостоятельно, домашними средствами. Температура тела снизилась, однако кашель участился, приобрел приступообразный характер, появилось шумное дыхание.

Анамнез жизни: Ребенок от 3 беременности, протекавшей без патологии. Роды – срочные, физиологичные. На грудном вскармливании до 5 месяцев. Не привит в связи с отказом родителей. Ранее перенес однократно острый назофарингит. Старшие дети посещают школу и детский сад. Наследственный анамнез: у прабабушки по отцу бронхиальная астма.

Объективно: Состояние тяжелое. Температура тела на момент осмотра 37,4°C. Беспокоит частый, навязчивый, непродуктивный кашель. На осмотр реагирует адекватно. Дыхание шумное с втяжением уступчивых мест грудной клетки в покое, усиливается при беспокойстве. ЧДД – 64 в минуту. Сатурация 93%. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание умеренно затруднено за счет небольшого количества слизистого отделяемого. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечная, наложений нет. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, над всей поверхностью, больше в задне-нижних отделах выслушиваются обильные, диффузные мелкопузырчатые влажные хрипы, в верхних отделах единичные свистящие хрипы с обеих сторон. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные, звучные, ритмичные. ЧСС – 140 /мин. Живот - мягкий,

безболезненный. Печень на 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного состояния
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответ:

1. Острый бронхиолит. ДН 1 ст. Диагноз на основании появления частого, приступообразного, непродуктивного кашля, значительного учащения дыхания, снижения сатурации, а также данных физикального обследования в виде коробочного оттенка перкуторного звука, двусторонних мелкопузырчатых хрипов в легких у ребенка первого года жизни на фоне течения респираторной инфекции (острое начало с повышения температуры тела, насморка).

2. Данное заболевание необходимо дифференцировать, в первую очередь, с обструктивным бронхитом, внебольничной пневмонией, аспирацией инородного тела, аспирационной пневмонией, а также ВПС с перегрузкой малого круга кровообращения. Острый обструктивный бронхит может иметь очень сходную клиническую картину и отличить его иногда бывает возможно только на фоне проведения ингаляционной бронхолитической терапии (более выраженная эффективность при обструктивном бронхите) Для внебольничной пневмонии, особенно у ребенка первого года жизни характерны более значимые симптомы интоксикации, стойкая лихорадка, в особенности при отсутствии антибактериальной терапии. Для аспирационного синдрома характерна связь респираторных симптомов с приемом пищи, поперхивание при кормлении или рвота с последующим появлением респираторной симптоматики. Для ВПС характерны изменения со стороны ССС, наличие сердечных шумов и признаки сердечной недостаточности.

3. Этиотропная терапия отсутствует, в первую очередь, необходимо обеспечение адекватного носового дыхания за счет промывания носовых ходов с последующей аспирацией содержимого, применение деконгестантов короткими курсами. Важна борьба с ДН за счет проведения оксигенотерапии при сатурации менее 94%. Показано проведение оральной регидратации в связи со значительной потерей жидкости на фоне лихорадки и тахипноэ. Бронхолитическая терапия показана при наличии сопутствующей бронхиальной обструкции в случае положительного эффекта от проведения «пробной» ингаляции в виде уменьшения ЧДД и/или увеличения показателей сатурации. Применение антибиотиков, «противовирусных», ГКС не показано.

Задача 57

К педиатру обратилась мама с ребенком 10 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, насморк, частый приступообразный кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел 3 дня назад, когда повысилась температура тела до 38,5°C, появилась заложенность носа, затем серозное отделяемое. На

следующий день присоединился кашель. Лечились самостоятельно, домашними средствами. Температура тела снизилась, однако кашель участился, приобрел приступообразный характер, появилось шумное дыхание. Анамнез жизни: Ребенок от 3 беременности, протекавшей без патологии. Роды – срочные, физиологичные. На грудном вскармливании до 1,5 месяцев. Не привит в связи с отказом родителей. Ранее перенес однократно острый назофарингит. Старшие дети посещают школу и детский сад. Наследственный анамнез: у прабабушки по отцу бронхиальная астма.

Объективно: Состояние тяжелое. Температура тела на момент осмотра 37,4°С. Беспокоит частый, навязчивый, непродуктивный кашель. На осмотр реагирует адекватно. Дыхание шумное с втяжением уступчивых мест грудной клетки в покое, усиливается при беспокойстве. ЧДД – 64 в минуту. Сатурация 93%. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание умеренно затруднено за счет небольшого количества слизистого отделяемого. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечная, наложений нет. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, над всей поверхностью, больше в задне-нижних отделах выслушиваются обильные, диффузные мелкопузырчатые влажные хрипы, в верхних отделах единичные свистящие хрипы с обеих сторон. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные, звучные, ритмичные. ЧСС – 140 /мин. Живот – мягкий, безболезненный. Печень на 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Опишите механизм развития данного состояния, назовите факторы риска его развития и риска тяжелого течения
3. Какие методы профилактики данного состояния существуют?

Ответ:

1. Острый бронхиолит. ДН 1 ст. Диагноз на основании появления частого, приступообразного, непродуктивного кашля, значительного учащения дыхания, снижения сатурации, а также данных физикального обследования в виде коробочного оттенка перкуторного звука, двусторонних мелкопузырчатых хрипов в легких у ребенка первого года жизни на фоне течения респираторной инфекции (острое начало с повышения температуры тела, насморка).
2. В патогенезе основную роль играют некроз и десквамация эпителия терминальных и респираторных бронхиол, лимфоцитарная и нейтрофильная инфильтрация и отек их стенки. Также отмечается гиперсекреция слизи – что объясняет низкую эффективность бронхолитической терапии при данном состоянии. К факторам риска развития бронхиолита на фоне РС-вирусной инфекции относят: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, рождение менее чем за 6 месяцев до эпидсезона, большая семья (более 4 человек), грудное вскармливание меньше 2 месяцев, посещение детского сада. К тяжелому течению предрасполагают: недоношенность, БЛД,

гемодинамические нарушения (в т.ч. ВПС), нейромышечные заболевания, курение матери во время беременности, низкий социально-экономический уровень семьи, мужской пол (афо – у мальчиков относительно более длинные и узкие дыхательные пути в раннем возрасте), хронические заболевания ОД, возраст менее 3 мес, генетические особенности.

3. В качестве профилактики применяют преимущественно неспецифические методы: продолжительное грудное вскармливание (минимум 6 месяцев, исключение пассивного курения, соблюдение гигиенических норм). Для детей из группы риска по тяжелому течению бронхоолита существует специфическая профилактика в виде пассивной иммунизации препаратом паливизумаб (Синагис) в дозировке 15 мг/кг ежемесячно в период сезонного подъема заболеваемости (3-5 введений) на первом, а в некоторых случаях и втором году жизни ребенка.

Задача 58

В периоде ранней адаптации ребёнок наблюдается в детском отделении.

В возрасте 7 часов жизни начали отмечаться дыхательные нарушения в виде незначительного втяжения межреберий.

Анамнез жизни:

Доношенный мальчик у матери 32 лет от 1 своевременных самостоятельных физиологических родов на сроке 38 недель. Околоплодные воды светлые. В родильном зале ребёнку реанимационные мероприятия не проводились. Был приложен к груди матери.

Масса тела ребёнка при рождении 3200 гр, длина 53 см, окружность головы 38 см.

В возрасте 8 часов жизни отмечается нарастание дыхательных нарушений в виде умеренного втяжения межреберий, грудины, раздувания крыльев носа.

Объективный статус:

Возраст ребёнка – 8 часов жизни. ЧСС – 165-175/мин, ЧДД – 80/мин, SpO₂ – 91-93%.

Состояние ребёнка тяжёлое за счёт дыхательных нарушений. Нормотермия.

Сероватый колорит кожного покрова. Видимые слизистые розовые, чистые. Симптом бледного пятна до 3 секунд.

Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно угнетены, рефлексы новорожденных вызываются симметрично. Судорог нет.

Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжение грудины и межреберий, раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводные хрипы с двух сторон, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень + 1,0 см из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул меконий. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

При проведении обзорной рентгенографии органов грудной клетки – инфильтративные тени.

Акушерско-гинекологический анамнез матери:

Данная беременность – первая.

Протекала:

I триместр – токсикоз, анемия беременных;

II триместр – анемия, истмико-цервикальная недостаточность;

III триместр – в микробиологическом посеве из цервикального канала обнаружен *S.epidermidis* 10*6 (антибактериальная терапия не проводилась).

Вопросы:

1. Предположите клинический диагноз, обоснуйте. Что может быть в спектре дифференциальной диагностики?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Какие критерии являются патогномоничными для диагностирования врожденной пневмонии в данном случае?

Ответ:

1. Врожденная пневмония. Дифференциальная диагностика: врожденная диафрагмальная грыжа, транзиторное тахипное новорожденных, врожденный порок сердца.
2. Исследования: клинический анализ крови, определение С-реактивного белка, обзорное рентгенографическое исследование органов грудной клетки
3. Наличие инфильтративных теней на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки, признаки дыхательной недостаточности (раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков, ЧД -80 в мин, снижение сатурации 92-93 %, аускультативно дыхание ослабленное, проводные хрипы с двух сторон, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы), сероватый колорит кожных покровов.

Задача 59

Анамнез жизни:

В периоде ранней адаптации ребёнок находился под наблюдением в отделении новорожденных.

С началом энтерального питания отмечались необильные срыгивания створоженным молоком. Обращало на себя внимание прогрессирующее нарастание иктеричности кожных покровов, незначительные дыхательные нарушения в виде минимального втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Новорожденный ребёнок в срочном порядке был переведён в ОРИТН для последующего наблюдения, лечения и постановки окончательного диагноза.

Объективный статус:

Возраст – 1 сутки жизни. Масса при рождении – 2800 гр, длина – 50 см, окружность головы – 30 см. Состояние ребёнка тяжёлое. ЧСС – 150/мин, ЧДД – 65/мин, SpO₂ – 93%.

Отмечаются дыхательные нарушения в виде тахипноэ до 70 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Была налажена респираторная терапия с постоянным положительным давлением (СРАР). Кожа иктеричная, сыпи нет.

Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденных вызываются, быстро истощаются. Мышечный тонус умеренно снижен, периодически возникает тремор

конечностей.

Аускультативно дыхание проводится во все отделы лёгких, выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон.

Живот мягкий, печень + 4,0 см из под края рёберной дуги, селезёнка + 3,0 см. Перистальтика активная. Стула не было. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

Акушерско-гинекологический анамнез матери:

I беременность (2011 г) – внематочная, тубэктомия слева;

II беременность – данная, наступила в результате ЭКО.

Течение беременности:

I триместр – токсикоз лёгкой степени, угроза прерывания на 6 неделе;

II триместр – без особенностей;

III триместр – отёки, перенесённая ОРВИ с повышением температуры до 38С, длительным ринитом.

По результатам проведённого ПЦР-теста во время заболевания – обнаружена ЦМВИ.

Роды: I срочные, оперативные на сроке 38 недель путём операции кесарева сечения.

Группа крови матери A(II) – вторая, Rh – отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, обоснуйте
2. Какой комплекс исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой противовирусный препарат является стартовым для лечения манифестной формы ЦМВИ? (дозировка?/ курс?)

Ответ:

1. Врождённая ЦМВИ, манифестная форма
2. Клинический анализ крови, уровень С-реактивного белка в крови, посев крови на стерильность, метод ПЦР для обнаружения вирусов в крови, прямая проба Кумбса, определение группы крови и резус-фактора ребёнка, иммунный статус, бх крови
3. Ганцикловир 12 мг/кг/сут, курс лечения – 6 месяцев

Задача 60

Мальчик 6 лет наблюдается с диагнозом: Клинический диагноз: Хронический вторичный пиелонефрит единственной левой почки, рецидивирующее течение. Состояние после нефруретерэктомии гипоплазированной дистопированной правой почки (в возрасте 3-х лет).

Осложнения основного заболевания: Хроническая болезнь почки, стадия 1 (С1, А2)

Наблюдается нефрологом по месту жительства. Обратились к участковому педиатру с целью проведения планового обследования в декретированный по диспансерному наблюдению срок.

Жалобы. На момент осмотра жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с раннего возраста наблюдается нефрологом,

урологом, повторно госпитализировалась в урологическое и нефрологическое отделения, проводилось оперативное и консервативное лечение.

В возрасте 2 лет 6 мес. месяцев по данным УЗИ выявлен мегауретер справа, пиелоктазия справа (УЗИ проведено в связи с острым пиелонефритом)

По данным в/в урографии (3 года) – функция левой почки удовлетворительная, структурных изменений не выявлено; тазовая дистопия правой почки, функция правой почки отсутствует.

Цистография (3 года): мочевого пузыря овоидной формы, контуры ровные, рефлюксов не выявляются.

По данным статической нефросцинтиграфия функция правой почки практически отсутствует.

В возрасте 4 лет выполнена уретеронефрэктомия справа.

По данным в/в урографии (5 лет) – функция левой почки удовлетворительная, структурных изменений не выявлено.

Цистография (5 лет.): мочевого пузыря овоидной формы, контуры ровные, рефлюксов не выявляются.

Ребенок регулярно наблюдается у нефролога, изменений в анализах мочи в течение последнего года не выявляли. Последнее обострение пиелонефрита в возрасте 4-х лет.

Объективный статус.

Рост/длина тела: 116 см; Масса тела: 19 кг; Температура: 36,7 °С.

Состояние при осмотре удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД – 90/60. ЧСС-90 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте задачи обследования ребенка в декретированный срок.
2. Составьте план обследования.
3. Сформулируйте показание к необходимым методам визуализирующего обследования почек у данного пациента.

Ответ:

1. Оценит активность воспалительного процесса в мочевой системе на момент обследования, оценить функциональное состояние почек, оценить возможные факторы прогрессирования хронической болезни почек.
2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи, суточная протеинурия, альбумин/креатининовое соотношение в разовой порции мочи. Анализ мочи по Зимницкому, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, мочевины, мочевая кислота, калий, натрий, фосфор, кальций). ЭКГ. Контроль АД. Консультация окулиста. УЗИ почек и мочевого пузыря. Статическая нефросцинтиграфия.
3. Ребенку с единственной левой почкой показано проведение УЗИ почек и мочевого пузыря с целью оценки размеров, положения и структуры почки, оценки мочевого пузыря. С целью оценки функционального состояния почечной паренхимы ребенку с единственной правой почкой показано

проведение статической нефросцинтиграфии.

Задача 61

Мальчик 3 года. Объективно: на коже живота, нижних конечностей — петехиальная геморрагическая сыпь. Кожа и видимые слизистые бледные. Выражена венозная сеть на животе, груди. Живот увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии, печень +6см, селезенка в малом тазу. Ребенок отстает в психофизическом развитии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. Какой анализ поможет подтвердить диагноз?

Ответ:

1. Болезнь Гоше 1 типа
2. Болезнь Гоше – наследственное заболевание накопительного характера, которое является одним из самых распространенных среди лизосомных патологий. Болезнь Гоше развивается вследствие недостаточности глюкоцереброзидазы, что становится результатом накопления глюкоцереброзида в тканях и некоторых органах
3. Одним из самых точных считается анализ крови, при котором определяют наличие фермента и уровень глюкоцереброзидазы в лейкоцитах.

Задача 62

Мальчик 1 сутки жизни. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) резус-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность II, и роды I. Масса ребенка при рождении - 3500, рост- 51 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Сразу после рождения отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При осмотре у ребенка выявлено увеличение размеров печени до +3,0 см и селезенки до +2,0 см.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные данные помогут поставить диагноз?
3. На что направлено лечение ГБН?

Ответ:

1. Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-системе;
2. При постановке диагноза принимают во внимание следующее: 1) несовместимость крови матери и ребенка по эритроцитарным антигенам; 2) семейный анамнез матери (мертворождения, больные дети, медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, гемотрансфузий); 3) клинические проявления заболевания при рождении или вскоре после рождения (желтуха, анемия, гепатоспленомегалия); 4) лабораторные данные (эритробластоз, ретикулоцитоз, повышение уровня непрямого билирубина, положительная

проба Кумбса).;

3. лечение ГБН направлено прежде всего на предотвращение повышения билирубина до критического уровня и на ликвидацию анемии.

Задача 63

Ранее здоровый 17-летний подросток доставлен в отделение неотложной помощи своей матерью для дальнейшего обследования после планового удаления зубов мудрости. Во время манипуляции у пациента было обильное кровотечение из десен. Множественные марлевые компрессы накладывались с минимальным эффектом.

В анамнезе у пациента легко появляющиеся синяки.

У дяди мальчика были аналогичные проблемы, когда ему удалили зубы мудрости, также у него были легко возникающие синяки и отеки суставов.

Пациент не принимает никаких лекарств.

Температура 37 ° С, ЧСС 90 уд / мин, артериальное давление 108/74 мм рт.

Лабораторные исследования

Тромбоциты 260 тыс в мкл (180-460)_

АЧТВ 60 сек (21-35)

ПТВ 15 сек (11-16)

Время кровотечения по Дюке 3 мин (2-5)

Время свертывания по Сухареву 10 мин (30 сек-3мин)

Мазок периферической крови показывает нормального размера тромбоциты.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какой тип кровоточивости в данном случае?
3. Какой механизм наследования?

Ответ:

1. Гемофилия, легкой степени тяжести. Так как болеет мальчик, дебют поздний, есть отягощенный наследственный анамнез по линии матери, характерные изменения в виде удлинения АЧТВ, и время свертывания
2. Гематомный
3. X-сцепленный

Задача 64

Мальчик, 1 года 4 месяцев, поступил в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест землю).

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с анемией во второй половине (лечения анемии мать во время беременности не получала), I срочных, нормальных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина – 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью "Агу", с 5 месяцев введен прикорм – манная каша, творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим

молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу. Было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум без зоны проведения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: Нб – 85 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц. п. – 0,71, Ретикулоциты – 1,9%, Лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, п/я нейтрофилы - 2%, с/я нейтрофилы - 20%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 64%, моноциты - 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,0 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,2 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 5,3 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 97,9 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет).

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
2. Какое лечение необходимо назначить ребенку? Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании?
3. Каким препаратам в настоящее время отдается предпочтение при терапии подобных состояний?

Ответ:

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Развитию заболевания у данного ребенка способствовали: дефицит железа в организме матери во время беременности; недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, несвоевременное и неправильное введение прикормов, вскармливание коровьим молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

2. Необходимо:

лечение пероральными препаратами железа, желательно в жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер). Суточная лечебная доза составляет 5 мг х массы в кг). Курс лечения до нормализации уровня гемоглобина,

ферритина.

полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета.

соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

Длительность основного курса лечения железодефицитной анемии препаратами железа зависит от степени тяжести анемии. Критерием отмены препарата является восстановление депо железа – уровня сывороточного ферритина. Прием терапевтической дозы происходит до нормализации уровня гемоглобина и эритроцитов крови (6-10 неделя от начала терапии в зависимости от степени тяжести анемии). Создание депо: при анемии легкой и средней степени – 3-6 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг), при анемии тяжелой степени – 4-8 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг).

3. В настоящее время для лечения железодефицита отдается предпочтение препаратам железа в виде гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа (Феррум Лек, Мальтофер). Преимущественно используются препараты железа для перорального приема, у детей раннего возраста лучше использовать препараты, выпускаемые в жидкой форме. Эти препараты удобны тем, что имеют высокую биодоступность, их прием не требуется сочетать с приемом пищи, не требуют методики постепенного наращивания дозы, т.к. обладают высокой безопасностью, имеют хорошие органолептические свойства.

Задача 65

Девочка, 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на общую слабость ребенка, снижение аппетита, выраженную бледность кожи.

Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53. Мать согласилась на госпитализацию ребенка лишь в настоящее время, спустя 2 недели после рекомендации педиатра.

Анамнез жизни: ребенок от I, нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3280 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок находится на искусственном вскармливании смесью "Малютка" (мать – студентка дневного отделения университета). С 4-месячного возраста девочку отправили к бабушке в деревню, где она вскармливалась козьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо практически не получала, так как отказывалась от еды, если в ее состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами все это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как тяжелое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. На осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком, склеры светлые. Ушные раковины в проходящем свете желтовато-зеленоватой окраски. В углах рта "заеды". В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень на 3,0 см ниже реберного края. Селезенка пальпируется у края подреберья, мягко-

эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9-10 мес. Масса тела ребенка 10 кг.

Общий анализ крови: Нв – 60 г/л, Эр – $2,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,63, Ретик. – 1,5%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, п/я нейтрофилы - 2%, с/я нейтрофилы - 20%, лимфоциты - 64%, моноциты - 10%, СОЭ – 14 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 19,5 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,0 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,2 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо – 4,1 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма - нет)

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Какие причины привели к развитию заболевания у данного ребенка?
2. Какое лечение необходимо назначить ребенку? Показано ли переливание эритроцитарной массы при данном заболевании и почему?
3. Каковы особенности диетотерапии при данном заболевании?

Ответ:

1. Диагноз: Железодефицитная анемия, тяжелой степени. Обоснование диагноза: диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, снижение аппетита, бледность кожи; на основании анамнеза: ребенок находился на раннем неправильном искусственном вскармливании, получал молочнорастительную пищу, мясные продукты в рационе отсутствовали; отмечалось извращение вкуса; при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53; на основании объективных данных – девочка вялая, почти безразлична к окружающему, кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком, ушные раковины на просвет желтовато-зеленоватой окраски, в углах рта "заеды", тоны сердца приглушены, систолический шум мягкого тембра, увеличение печени, отставание психомоторного развития; на основании лабораторных данных - снижение Нв до 60 г/л, Эр – до $2,6 \times 10^{12}$ /л, снижение ЦП, ускорение СОЭ, в б/х анализе крови – снижение уровня сывороточного железа и повышение ОЖСС. Причины: Недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, вскармливание козьим молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

2. Терапия: препараты железа на основе гидроксид полимальтозата в дозировке 5 мг/кг в сутки (например, мальтофер) до нормализации уровня гемоглобина с последующим ежемесячным контролем показателей крови.

Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета

Применение внутривенных препаратов железа показано пациентам с расстройствами всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника

(язвенный колит, болезнь Крона) и синдромом мальабсорбции, пациентам с ХБП в преддиализном и диализном периодах, а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза (например, перед большими оперативными вмешательствами)

Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе

Показано ли переливание эритроцитной массы при данном заболевании: не рекомендуется применять трансфузии эритроцитарной массы даже в случаях тяжелой ЖДА, поскольку она развивается постепенно и ребенок адаптируется к анемизации. Рекомендуется проведение гемотрансфузионной терапии по индивидуальным показаниям пациентам с ЖДА тяжелой степени и пациентам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, если есть риск декомпенсации состояния на фоне анемии.

3. Каковы особенности диетотерапии при данном заболевании?

Рекомендуется исключительно грудное вскармливание до 4-6 месяцев жизни (концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2-0,4 мг/л, однако этого достаточно для обеспечения потребностей растущего организма ребенка в железе благодаря его высокой биодоступности (50%).

При искусственном вскармливании для детей первого полугодия жизни используют смеси с содержанием железа от 0,4 до 0,8 мг/100 мл. Содержание железа в «последующих» адаптированных молочных смесях (для детей второго полугодия жизни) возрастает до 0,9-1,3 мг/100 мл.

Своевременное введение прикорма, фруктовые соки, фруктовых и овощных пюре, инстантные каши, что повышает количество железа, поступающего с пищей в организм ребенка. Мясной прикорм рекомендуется вводить не позднее 6 месяцев. Цельное коровье молоко в питании детей до 1 года не используется. Концентрация железа в коровьем молоке составляет всего 0,3 мг/л, а его биодоступность около 10%. Дети в возрасте 1-3 лет должны получать 7 мг железа в сутки, лучше в виде пищи, содержащей достаточное количество красного мяса, овощей с высоким содержанием железа и фруктов с большим содержанием витамина С, который усиливает всасывание железа. Также возможно дополнительное назначение жидких форм препаратов железа или поливитаминов.

Задача 66

Девочка 14 лет, направлена на обследование в консультативно-диагностический центр (КДЦ) в связи с жалобами на снижение аппетита, повышенную утомляемость, раздражительность, ломкость волос и ногтей, приступы сердцебиения, которые появились у неё примерно полгода назад.

Анамнез жизни: ребёнок из социально неблагополучной семьи, росла и развивалась соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 8-10 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Мясные продукты в пищу употребляет редко. Menses – с 12 лет, нерегулярные, обильные, продолжительностью 5-7 дней.

При осмотре: девочка пониженного питания. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Периферические

лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р.maximum на верхушке, без зоны проведения. ЧСС 108 уд/мин. АД – 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный, ежедневно. Интеллект соответствует возрасту, в контакт вступает неохотно.

Общий анализ крови: Hb – 72 г/л, эритроц. – $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,76; тромбоц. – 355×10^9 /л, ретикулоциты – 1,6%, лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 60%, лимф. – 28%, мон. – 5%, эоз. – 4%, СОЭ – 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: железо – 2,8 мкмоль/л, ОЖСС – 103,2 мкмоль/л, ферритин – 10,5 мкг/л (N=60-120), трансферрин – 2,9 г/л (N=2,5-2,6).

Показатели гемоанализатора: MCV – 67 фл (N=75–100), MCH – 19,7 пг (N=27–32), MCHC – 22,5 г/л (N=30–36), RDW – 16,9% (N=13,0–14,5).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Каковы причины развития заболевания в данном случае?
2. Назначьте терапию: название и дозы препаратов. Какова продолжительность патогенетической терапии?
3. Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, средней (2) степени тяжести.
2. Показано назначение препаратов железа для перорального применения из расчёта 3-6 мг/кг/сут по элементарному железу, но не более 200 мг/сут. Возможно назначение препарата железа (III) гидроксид полимальтозата 200 мг/сут однократно либо Сульфат железа 200 мг/сут однократно. Курс лечения должен составлять не менее 3-4 месяцев.
3. В качестве критериев эффективности лечения используются показатели клинической и биохимического анализа крови:
Клинический - нормализация уровня гемоглобина, количества эритроцитов, нормализация среднего объёма эритроцита, увеличение количества ретикулоцитов.
Биохимический: нормализация уровня ферритина, ЛЖСС, коэффициента насыщения трансферрином железа.

Задача 67

Девочка 13 лет обратилась на приём к педиатру с мамой, с жалобами на слабость, утомляемость, снижение успеваемости в школе, бледность, появившиеся в течение последних 3 месяцев.

Девочка посещает школу, занимается балетными танцами. За последний год выросла на 6 см (рост 170 см). В последние 6 месяцев стремилась похудеть, прибегала к диетам, ела много овощей и фруктов, избегала мучного, мяса ела мало, т.к. считала его калорийным.

Менструации с 11 лет, регулярные, обильные по 6 дней, безболезненные.

При осмотре - астеничного телосложения, отмечается ломкость и поперечная исчерченность ногтей. Бледность кожи и слизистых оболочек. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца

звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 88 ударов в 1 мин, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 82 г/л, эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 68 фл, ср. среднее сод. Гемоглобина в эритроците - 25,73 пг, средняя конц. гемоглобина – 300 г/л, тромбоциты $324 \times 10^9/л$, лейкоц. 3,5 $\times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 50%, э. 2%, лимф. 36%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 4,0 мкмоль/л, ЛЖСС – 80 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл,

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Укажите минимум 3 фактора риска возникновения этого заболевания, имеющиеся у данного подростка.
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, средней (2) степени тяжести.
2. Факторы риска: Повышенная потребность в железе в период быстрого роста, Алиментарный дефицит железа (недостаток продуктов, богатых железом в рационе), Повышенные потери железа в связи с обильными менструациями.
3. Девочке показано назначение препаратов железа из расчёта 3-6 мг/кг/сут по элементарному железу (но не более 200 мг/сут) в течение не менее 3 месяцев.

Задача 68

Мама с мальчиком 2 лет обратилась на приём к педиатру с жалобами на появление у ребёнка слабости, утомляемости, бледности. В последнее время мальчик стал есть мел, глину.

Из анамнеза: мальчик от 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов. Во время беременности у мамы ребёнка выявлена анемия 2 степени (Нв – 83 г/л). Ребёнок до 8 месяцев на исключительно грудном вскармливании, прикорм введён с 8 месяцев. С 1 года переведён на общий стол. Ребёнок в еде избирателен, предпочитает каши, фрукты; мясо ест неохотно.

При осмотре: Ребёнок нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, сыпи нет. Слизистые бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 118 ударов в 1 мин, АД – 90/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 86 г/л, эр. $3,6 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 72 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 26 пг, средняя конц.

гемоглобина – 310 г/л, тромбоциты 280×10^9 /л, лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, п/я 3 %, сегм 27%, э. 2%, лимф. 60%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ЛЖСС – 78 мкмоль/л, ферритин – 8 нг/мл,

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Укажите минимум 3 фактора риска возникновения этого заболевания, имеющиеся у данного ребенка.
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, средней (2) степени тяжести.
2. Факторы риска: Анемия у матери во время беременности, Длительное исключительно грудное вскармливание на первом году жизни, позднее введение прикорма, Недостаток продуктов, богатых железом в рационе
3. Показано назначение препаратов железа из расчёта 3-6 мг/кг/сут по элементарному железу (но не более 200 мг/сут) в течение не менее 3 месяцев.

Задача 69

Мама с мальчиком 4,5 лет обратилась на приём к педиатру. В последние 2 месяца мама отмечает, что ребёнок стал быстро уставать во время активных игр, стал есть мел, появилась ломкость ногтей.

Из анамнеза: мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных самостоятельных родов. Ребёнок до 6 месяцев на смешанном вскармливании, прикорм введён с 6 месяцев. С 1 года переведён на общий стол.

Примерно 6 месяцев назад стал начал посещать детский сад. Ребёнок в еде избирателен, питание, предоставляемое в детском саду есть отказывается, предпочитает макароны, фрукты; мясо ест неохотно. В весе прибавляет, за последние 6 месяцев вырос на 7 см.

Наблюдается оториноларингологом по поводу частых носовых кровотечений. Выявлено расширение сосудов в зоне Киссельбаха.

При осмотре: Ребёнок нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, сыпи нет. Слизистые бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 112 ударов в 1 мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 92 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, ср. объём эритроцита – 75 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 30 пг, средняя конц. гемоглобина – 320 г/л, тромбоциты 200×10^9 /л, лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, п/я 3 %, сегм 27%, э. 2%, лимф. 60%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 4,5 мкмоль/л, ЛЖСС – 75 мкмоль/л, ферритин – 9 нг/мл,

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Укажите минимум 3 фактора риска возникновения этого заболевания, имеющиеся у данного данного.
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, лёгкой (1) степени.
2. Факторы риска: Алиментарный дефицит железа (недостаток продуктов богатых железом в рационе), Повышенная потребность в железе в период быстрого роста, Рецидивирующие носовые кровотечения
3. Показано назначение препаратов железа из расчёта 3-6 мг/кг/сут по элементарному железу (но не более 200 мг/сут) в течение не менее 3 месяцев.

Задача 70

В приёмное отделение детской больницы по направлению из поликлиники обратилась мама с девочкой 8 месяцев.

Жалобы на слабость, вялость, плохой аппетит, отставание ребёнка в нервно-психическом развитии.

Из анамнеза: девочка от 1 беременности, протекавшей с анемией 2 степени, 1 самостоятельных родов на 38 неделе. Вес при рождении 2750 г. Ребёнок с рождения до 75 месяцев на исключительно грудном вскармливании, в последнюю неделю введён прикорм (фруктовое, овощное пюре). Также из анамнеза стало известно, что семья придерживается веганской диеты в течение последних 3 лет, в последние 2 года мама ребёнка страдает железодефицитной анемией, препараты железа не принимает.

При осмотре: Ребёнок астеничного телосложения, пониженного питания. Физическое и нервно-психическое развитие с задержкой до 2 эпикризных сроков. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых, сыпи нет. Отмечается краевая иктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается тихий систолический шум на верхушке. ЧСС 120 ударов в 1 мин, АД – 85/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, кашицеобразный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 58 г/л, эр. $2,0 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 60 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 22 пг, средняя конц. гемоглобина – 210 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, лейкоц. $9,5 \times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 27%, э. 2%, лимф. 60%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/час.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Укажите минимум 3 фактора риска возникновения этого заболевания, имеющиеся у данного данного.
3. Какое лечение показано ребёнку в первую очередь?

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, тяжёлой (3) степени.
2. Факторы риска: Анемия у матери во время беременности, Длительное исключительно грудное вскармливание на первом году жизни, позднее введение прикорма, Недостаток продуктов, богатых железом в рационе
3. Ребёнку показана гемотрансфузия (переливание эритроцитарной взвеси).

Задача 71

На приёме мама с мальчиком 4,5 лет.

Обратились планово по результатам анализов.

Из анамнеза известно, что мальчик в течение 6 месяцев наблюдается по поводу железодефицитной анемии средней степени (6 месяцев назад Нв – 84 г/л, эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 68 фл., сывороточное железо 4.0 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл.) Получает препарат сульфата железа в каплях из расчёта 1 мг/кг/сут по элементарному железу. Препарат принимает утром, запивая апельсиновым соком, переносит хорошо, побочных эффектов не наблюдалось, даже несмотря на то, что в течение последней недели бабушка ошибочно давала ребёнку дозу препарата, в 3 раза превышающую обычную.

Аntenатальный анамнез и ранний период без особенностей. В течение года посещает детский сад. Аппетит хороший, рацион полноценный, мясные продукты, овощи, фрукты получает ежедневно. Хронических заболеваний нет, болеет ОРВИ 4-5 раз в год.

При осмотре: Ребёнок нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, сыпи нет. Слизистые бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 112 ударов в 1 мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 88 г/л, эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 72 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 33 пг, средняя конц. гемоглобина – 310 г/л, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоц. $7,5 \times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 27%, э. 2%, лимф. 60%, мон. 10%, СОЭ 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 20 мкмоль/л, ферритин – 9 нг/мл,

Вопросы:

1. С чем, наиболее вероятно, связан недостаточный эффект от проводимого лечения?
2. Что необходимо предпринять в данной ситуации?
3. С чем, вероятнее всего, связано изолированное повышение уровня сывороточного железа у данного ребёнка?

Ответ:

1. С недостаточной дозой препарата железа (терапевтическая доза 3-6 мг/кг/сут по элементарному железу).

2. Увеличить дозу препарата железа до терапевтической (3-6 мг/кг/сут по элементарному железу)
3. С приёмом препаратов железа

Задача 72

На приёме мама с девочкой 5 лет.

Обратились планово по результатам анализов.

Из анамнеза известно, что девочка в течение 4 месяцев наблюдается по поводу железодефицитной анемии лёгкой степени (4 месяца назад Hb – 91 г/л, эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 73 фл., сывороточное железо 5.0 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл.) Получает препарат сульфата железа в каплях из расчёта 3 мг/кг/сут по элементарному железу. Мама даёт препарат утром, за завтраком, смешивая с молоком. Препарат переносит хорошо, побочных эффектов не наблюдалось, даже когда папа в течение недели давал ребёнку, смешивая с апельсиновым соком.

Аntenатальный анамнез и ранний период без особенностей. В течение года посещает детский сад. Аппетит хороший, рацион полноценный, мясные продукты, овощи, фрукты получает ежедневно. Хронических заболеваний нет, болеет ОРВИ 4-5 раз в год.

При осмотре: Ребёнок нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, сыпи нет. Слизистые бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 112 ударов в 1 мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb 93 г/л, эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 75 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 33 пг, средняя конц. гемоглобина – 325 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, лейкоц. $7,5 \times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 27%, э. 2%, лимф. 60%, мон. 10%, СОЭ 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 20 мкмоль/л, ферритин – 9 нг/мл,

Вопросы:

1. С чем, наиболее вероятно, связан недостаточный эффект от проводимого лечения?
2. Что необходимо предпринять в данной ситуации?
3. Обязательно ли отменять/заменять препарат железа в данной ситуации?

Ответ:

1. С несоблюдением правил приёма препарата. Сочетание солевых препаратов железа с молоком приводит к снижению их эффективности.
2. Посоветовать родителям не смешивать препараты железа с молоком. Оптимально сочетать препараты железа с фруктовыми соками, пить через трубочку.
3. Нет, можно продолжить приём того же препарата, с учётом его хорошей

переносимости, соблюдая правила приёма.

Задача 73

На приёме мама с мальчиком 7 лет. Мама обеспокоена изменением цвета зубной эмали у ребёнка, появившееся в течение последней недели.

Из анамнеза известно, что у ребёнка 1 месяц назад выявлена железодефицитная анемия лёгкой степени (Hb – 94 г/л, эр. $3,4 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 74 фл., сывороточное железо 5,7 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл.) Получает препарат сульфата железа в каплях из расчёта 2 мг/кг/сут по элементарному железу. Препарат принимает утром, с водой, пьёт из стакана, зубы после приёма препарата не чистит (хотя педиатр рекомендовал пить через трубочку и чистить зубы после приёма препарата), переносит хорошо.

Аntenатальный анамнез и ранний период без особенностей. 2 месяца назад пошёл в школу. Аппетит хороший, рацион полноценный, мясные продукты, овощи, фрукты получает ежедневно. Хронических заболеваний нет, болеет ОРВИ 3-4 раз в год, год назад перенёс ветрянную оспу.

При осмотре: Ребёнок нормостеничного телосложения, удовлетворительного питания. Физическое и нервнопсихическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы бледноватые, умеренной влажности, сыпи нет. Слизистые бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 98 ударов в 1 мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb 95 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 75 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 34 пг, средняя конц. гемоглобина – 322 г/л, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоц. $7,0 \times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 50 %, э. 2%, лимф. 47%, мон. 10%, СОЭ 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 14 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл,

Вопросы:

1. С чем, наиболее вероятно, связано изменение цвета зубной эмали?
2. Оцените правильность назначенной дозировки препарата железа.
3. Когда следует назначить этому ребёнку контрольный клинический анализ крови?

Ответ:

1. С несоблюдением рекомендаций по приёму препарата железа. Солевые препараты железа рекомендуется пить через трубочку и чистить зубы после приёма препарата.
2. Дозировка назначена неверно, необходимо увеличить дозу препарата железа до терапевтической (3-6 мг/кг/сут по элементарному железу)
3. Через 1 месяц.

Задача 74

На приёме девочка-подросток 16 лет с жалобами на слабость, бледность.

Из анамнеза известно, что девочка длительно наблюдается по поводу железодефицитной анемии.

Неоднократно назначались препараты железа (как трёхвалентного, так и двухвалентного), однако каждый раз приходилось быстро прерывать лечение из-за плохой переносимости препаратов даже в дозах, существенно ниже терапевтических (отмечалась сильная тошнота, рвота, боли в животе). После отмены препаратов железа самочувствие быстро восстанавливалось. При последнем посещении врача даны диетические рекомендации.

Девочка посещает школу, занимается танцами. Питание регулярное, полноценное, ежедневно употребляет овощи и фрукты, блюда из мяса. Аппетит удовлетворительный

Менструации с 11 лет, регулярные, обильные по 6 дней, безболезненные.

Хронических заболеваний нет, острыми заболеваниями болеет редко. Травм и операций не было.

При осмотре – нормостенического телосложения, отмечается ломкость и поперечная исчерченность ногтей. Бледность кожи и слизистых оболочек. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 88 ударов в 1 мин, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без примесей. Со стороны органов мочевой системы без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв 75 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}/л$, ср. объём эритроцита – 68 фл, ср. среднее сод. гемоглобина в эритроците - 25,73 пг, средняя конц. гемоглобина – 300 г/л, тромбоциты $324 \times 10^9/л$, лейкоц. $3,5 \times 10^9/л$, п/я 3 %, сегм 50%, э. 2%, лимф. 36%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 2,0 мкмоль/л, ЛЖСС – 82 мкмоль/л, ферритин – 5 нг/мл,

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какому пути введения препаратов следует отдать предпочтение?
3. Возможно ли внутримышечное введение препаратов железа?

Ответ:

1. Железодефицитная анемия, средней (2) степени тяжести.
2. С учётом плохой переносимости препаратов железа для перорального применения целесообразно назначение парентеральных препаратов железа для внутривенного введения.
3. Внутримышечное введение препаратов железа не используется из-за низкой эффективности и высокого риска развития местных осложнений.

Задача 75

Ребенок от матери 30 лет с генетической тромбофилией . ОАГА: 1б самопроизвольный аборт, 2б-неразвивающаяся беременность, 3б-настоящая. В 1 триместре выявлено повышение Ig М к ЦМВ, проведена иммуномодулирующая терапия. Во 2 триместре диагностированы: многоводие, маловесный плод, L-образная почка. Роды срочные, оперативные на 38 неделе. Родился мальчик масса 2090 гр, рост 52 см, Апгар 1-1-3 балла. Состояние при рождении тяжелое, с род зала переведен в ОРИТ. По результатам проведенного клиничко – лабораторного и инструментального обследования диагностировано:

- Поражение ЦНС
- Энцефалит. Синдром угнетения ЦНС, неонатальная кома.
- Врожденная пневмония. ДН 3 ст.
- Гепатит. Синдром цитолиза, холестаза, нарушение синтетической функции печени.
- Острое почечное повреждение: снижение СКФ, снижения диуреза, азотемия, эритроцитурия, протеинурия, гиперкалиемия.
- Анемия, тромбоцитопения
- Полиорганная недостаточность. ДВС-синдром.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза.
3. Терапия лекарственными препаратами для ребенка в данном клиническом случае

Ответ:

1. Врожденная Цитомегаловирусная инфекция , генерализованная , тяжелой степени тяжести: энцефалит, гепатит, тромбоцитопеническая пурпура, острое повреждение почек, полиорганная недостаточность. ДВС – синдром. Врожденные пороки развития плода.
2. Диагностированное в 1 триместре повышение Ig М к ЦМВ. Диагностированные во 2 триместре многоводие, маловесный плод, L-образная почка.
3. Антибактериальная терапия, противовирусная терапия (неоцитотект), инфузионная терапия, респираторная поддержка (ИВЛ), кардиотоническая поддержка, переливание тромбомассы с заместительной целью, иммунотерапия (ВВИГ).

Задача 76

Девочка 14 дней. Ребенок от матери 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность протекала на фоне токсикоза в 1-ом триместре и преэклампсией в 3-ем триместре беременности. В 3-ем триместре беременности отмечалось периодическое повышение температуры (обследование не проводилось). Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации. Безводный промежуток – 13 часов. Околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Оценка по шкале Апгар 4 – 6 баллов. Масса при рождении 1950 г, длина 44 см. Состояние при рождении средне тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4-е сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение

патологии новорожденных.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Масса-1900 г. Температура тела-37,2°C. ЧД-44 в 1 минуту. ЧСС-140 в 1 минуту. Часто срыгивает. Голову запрокидывает. Симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия.

Голова с нависающей лобной и затылочной частью. Окружность головы- 36,5 см. Швы открыты. Большой родничок 4,0x4,0 см, «выполнен». Рефлексы периода новорожденности угнетены. Преобладание тонуса мышц разгибателей.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная; белок – 3,1 г/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, третий желудочек – 5мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм. Межполушарная щель 4 мм.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Критерии диагностики данного заболевания.
3. Меры профилактики данного заболевания для беременных?

Ответ:

1. Диагноз: основной - Врожденный токсоплазмоз: менингоэнцефалит. осложнения - Судорожный синдром. Гидроцефальный синдром. сопутствующий - Недоношенность 36 недель. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (симметричный ЗВУР по гипопластическому типу II степени).

2. При наличии клинических проявлений заболевания - Ig M в количестве в 2 и более раз превышающем порог чувствительности реакции (выявленных дважды с интервалом между исследованиями 5-7 суток). Положительной ПЦР или выявлении антигенов токсоплазм методом иммуноцитохимии в заведомо стерильных субстратах (кровь, ликвор), или тахизоитов токсоплазм методом прямой микроскопии.

3. Ограничение контактов с инфицированными кошками. Соблюдение правил личной гигиены. Запрещение употребления сырого мясного фарша, а также мясных блюд без достаточной термической обработки. Тщательное мытье овощей и фруктов. Работа в саду в перчатках.

Задача 77

Ребенок 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза: ребенок от матери 22 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность I, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды своевременные, на 38 неделе в головном предлежании, безводный промежуток –11 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 34 см.

В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор верхних конечностей. Сагиттальный шов 0,7 см, большой родничок 3,0x3,0 см, малый – 0,3x0,3 см.

На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию. На 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 6-й день жизни состояние ухудшилось до тяжелого. Отмечался подъем температуры до 38,3°C. Крик раздраженный. Гиперестезия. Клонико-тонические судороги. На туловище, конечностях, слизистой полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым.

Клинический анализ крови (6-й день жизни): Нв - 172 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,1, тромб. – $160,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $6,5,0 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 30%, л-54%, э.0%, м-15%, СОЭ-2мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, билирубин общий – 310мкмоль/л, непрямой - 298 мкмоль/л, прямой – 12мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ 62 Ед/л, АСТ 84 Ед/л.

Исследование спинномозговой жидкости (6-й день жизни): прозрачность - мутная, белок – 2,1 г/л, цитоз - 350 в 3 мкл: нейтрофилы - 25%, лимфоциты - 75%.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Оцените представленные лабораторные показатели.
3. Перечислите дополнительные обследования для уточнения диагноза?

Ответ:

1. Диагноз: основной - Врожденная герпетическая инфекция, смешанная форма (центральная и кожная). Герпетический менингоэнцефалит. сопутствующий - Неонатальная желтуха. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.

2. ОАК – изменение крови, характерные для вирусной инфекции – лейкопения, тромбоцитопения, лимфоцитоз. По данных БХ крови : повышение билирубина сыворотки крови за счет непрямой фракции, гиперкалиемия, гипернатриемия, повышение аминотрансфераз печени. Клинический анализ ликвора: лимфоцитарный цитоз (характерен для серозного менингита).

3. Выделение вируса из крови, ликвора, содержимого везикул в культуре тканей. Обнаружение генома вируса в крови и ликворе методом ПЦР или обнаружение антител методом иммуноферментного анализа (ИФА) в крови, ликворе, моче, содержимом носоглотки

Задача 78

За медицинской помощью обратилась мама с ребенком 1 года 8 мес с жалобами на повышение температуры тела, насморк, кашель, шумное дыхание. Анамнез заболевания: заболел два дня назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появился насморк, редкий кашель. Сегодня к вечеру состояние ухудшилось, появилась осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель. Ночью мама обратила внимание на шумное дыхание, втяжение «ямки на шее» при

дыхании, вызвали бригаду «скорой помощи».

Из анамнеза жизни: мальчик от 2 нормальной беременности, 2 срочных родов. Находился на естественном вскармливании, на первом году жизни умеренные проявления атопического дерматита. Респираторными инфекциями болеет около 4-5 раз в год. Наследственный анамнез не отягощен.

Старший ребенок учится в школе, неделю назад заболел, заболевание протекало легко, в виде умеренного насморка, легкой осиплости голоса, «першения в горле».

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. На момент осмотра не лихорадит. При беспокойстве появляется стридорозное дыхание, втяжения яремной ямки. Цианоза нет. Сатурация – 97% Голос осипший. Из носа умеренное слизистое отделяемое. Слизистые оболочки небных дужек, задней стенки глотки гиперемированы, отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 32 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного состояния
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответ:

1. Острый обструктивный ларингит. Стеноз гортани 1 степени. Ларингит на основании наличия осиплости голоса, появления грубого, «лающего» кашля. Стеноз гортани на основании появления стридорозного дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки. 1 степень стеноза гортани в связи с появлением стридора только при беспокойстве, нормальные значения сатурации.

2. Данное заболевание необходимо дифференцировать, в первую очередь, с эпиглоттитом в связи со схожей клинической картиной. Обструктивный ларингит развивается у детей раннего возраста на фоне вирусной инфекции (преимущественно парагрипп) и не сопровождается развитием выраженного интоксикационного синдрома. В отличие от него, для эпиглоттита характерно острое начало с высокой лихорадки и наличия других симптомов значительной интоксикации. Эпиглоттит чаще развивается у детей более старшего возраста. Для него характерно наличие сильной боли в горле в сочетании с симптомами стридора. Боль в горле настолько сильная, что развивается слюнотечение – патогномоничный симптом эпиглоттита. Для эпиглоттита характерен тризм, вынужденное положение – поза «треножника» и НЕ характерен «лающий» кашель (обязательный симптом стенозирующего ларингита).

3. Этиотропная терапия отсутствует. В первую очередь, необходима ликвидация отека подвязочного пространства за счет которого и появляются симптомы стридорозного дыхания. Основу патогенетической терапии составляет назначение ГКС, прежде всего ингаляционных. Показано проведение ингаляций суспензии Будесонида через компрессорный небулайзер (нельзя через ультразвуковой в связи с разрушением препарата) в дозировке

0,5-2,0 мг. Дозировка Будесонида зависит от тяжести состояния, а не возраста ребенка. В случае неэффективности ингаляций или невозможности их осуществления, показано парентеральное введение десаметазона в дозировке 0,15-0,6 мг/кг (допустимо введение преднизолона в дозировке 1-2 мг/кг, однако после его введения чаще развивается рецидив стеноза гортани). Возможно ингаляционное применение Эпинефрина. Важна борьба с ДН за счет проведения оксигенотерапии при сатурации менее 94%. Применение антибиотиков, «противовирусных» не показано.

Задача 79

За медицинской помощью обратилась мама с ребенком 2 лет 3 мес с жалобами на повышение температуры тела, насморк, кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел два дня назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появился насморк, редкий кашель. Сегодня к вечеру состояние ухудшилось, появилась осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель. Ночью мама обратила внимание на шумное дыхание, втяжение «ямки на шее» при дыхании, вызвали бригаду «скорой помощи».

Из анамнеза жизни: мальчик от 1 нормальной беременности, 1 срочных родов путем кесарева сечения. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, на первом году жизни умеренные проявления атопического дерматита. Респираторными инфекциями болеет около 6-7 раз в год. Наследственный анамнез: у двоюродного брата бронхиальная астма.

Старший ребенок учится в школе, неделю назад заболел, заболевание протекало легко, в виде умеренного насморка, легкой осиплости голоса, «першения в горле».

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. На момент осмотра не лихорадит. При беспокойстве появляется стридорозное дыхание, втяжения яремной ямки. Цианоза нет. Сатурация – 97% Голос осипший. Из носа умеренное слизистое отделяемое. Слизистые оболочки небных дужек, задней стенки глотки гиперемированы, отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 32 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Определите тактику ведения.
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответ:

1. Острый обструктивный ларингит. Стеноз гортани 1 степени. Ларингит на основании наличия осиплости голоса, появления грубого, «лающего» кашля. Стеноз гортани на основании появления стридорозного дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки. 1 степень стеноза гортани в связи с появлением стридора только при беспокойстве, нормальные значения сатурации.
2. В данном случае рекомендуется оказание неотложной помощи ребенку в

домашних условиях. Госпитализация показана при развитии стеноза гортани 2-3 степени, невозможности оказания помощи в амбулаторных условиях, прогрессирующем ухудшении состояния. Рекомендуется обучение родителей ребенка проведению ингаляций в случае повторного развития обструктивного ларингита. В случае госпитализации критериями выписки из стационара являются нормализация температуры тела, купирование симптомов стридора и ДН. Средняя продолжительность пребывания в стационаре не должна превышать 2 суток.

3. Этиотропная терапия отсутствует. В первую очередь, необходима ликвидация отека подсвязочного пространства за счет которого и появляются симптомы стридорозного дыхания. Основу патогенетической терапии составляет назначение ГКС, прежде всего ингаляционных. Показано проведение ингаляций суспензии Будесонида через компрессорный небулайзер (нельзя через ультразвуковой в связи с разрушением препарата) в дозировке 0,5-2,0 мг. Дозировка Будесонида зависит от тяжести состояния, а не возраста ребенка. В случае неэффективности ингаляций или невозможности их осуществления, показано парентеральное введение десаметазона в дозировке 0,15-0,6 мг/кг (допустимо введение преднизолона в дозировке 1-2 мг/кг, однако после его введения чаще развивается рецидив стеноза гортани). Возможно ингаляционное применение Эпинефрина. Важна борьба с ДН за счет проведения оксигенотерапии при сатурации менее 94%. Применение антибиотиков, «противовирусных» не показано.

Задача 80

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1- 9%, альфа2 - 15%, бета -10,5%, гамма- 19,5%, СРБ - 98 мг/л, АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15x8x25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры; желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные.

Вопросы:

1. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

Ответ:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопротейнемия, диспротеинемия, повышение показателей гуморальной воспалительной активности
2. Консультации специалистов: гастроэнтеролог, генетик, пульмонолог, врач ЛФК
3. Повторение исследования потовой пробы (необходимо 2 положительных или два отрицательных результата для подтверждения или исключения заболевания), КТ ОГК, бронхоскопия, бактериологический посев мокроты на флору, определение функциональной возможности поджелудочной железы, печени. Генетическое обследование с целью определения вида мутации.

Задача 81

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1- 9%, альфа2 - 15%, бета -10,5%, гамма- 19,5%, СРБ - 98 мг/л, АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15x8x25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры; желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
3. Каков генез гепатомегалии?

Ответ:

1. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение, правосторонняя внебольничная среднедолевая пневмония, легочное сердце, НК 2 Б степ, цирроз печени, белково-энергетическая недостаточность, анемия I ст.

2. Аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желёз, а также жизненно важных органов и систем. Заболевание связано с мутацией гена CFTR (МВТР - трансмембранный регулятор проводимости муковисцидоза). Ген контролирует структуру и функцию одноимённого белка. Белок МВТР локализуется в апикальной части мембраны эпителиальных клеток, выстилающих выводные протоки желез внешней секреции (потовых, слюнных, желез в бронхах, поджелудочной железе, кишечнике, урогенитальном тракте), он регулирует транспорт электролитов (главным образом хлора) между этими клетками и межклеточной жидкостью. Мутации гена CFTR нарушают не только транспорт, но и секрецию ионов хлора. При затруднении их прохождения через клеточную мембрану увеличивается реабсорбция натрия железистыми клетками, нарушается электрический потенциал просвета, что вызывает изменение электролитного состава и дегидратацию секрета желез внешней секреции.

3. Изменения в печени: при муковисцидозе наблюдаются изменения со стороны гепатобилиарной системы в виде фокального или мультилобулярного билиарного цирроза (при этом обнаруживается точечная обструкция мелких желчных протоков эозинофильным содержимым).

Задача 82

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ - 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1 - 9%, альфа2 - 15%, бета - 10,5%, гамма - 19,5%, СРБ - 98 мг/л, АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа - $15 \times 8 \times 25$ мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры; желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Есть ли методы пренатальной диагностики данного заболевания?

Ответ:

1. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение, правосторонняя внебольничная среднедолевая пневмония, легочное сердце, НК 2 Б степ, цирроз печени, белково-энергетическая недостаточность, анемия I ст.
2. Терапия во время обострения направлена на ликвидацию инфекционного процесса: назначение антибиотиков широкого спектра. После получения результатов посева мокроты – коррекция терапии с учетом чувствительности

возбудителей. Базисная терапия состоит в улучшении работы мукоцилиарного клиренса за счет уменьшения вязкости секрета – дорназа альфа в виде ингаляций пожизненно; заместительная терапия ферментами поджелудочной железы при наличии панкреатической недостаточности; урсодезоксихолевая кислота; диета с увеличением каллоража до 120-150% от возрастной нормы, увеличение количества белка. Витаминотерапия, в особенности жирорастворимых. Кинезитерапия. Терапия осложнений (сердечная недостаточность). В наст время существует генно инженерная терапия в виде препаратов, улучшающих работу хлорного канала (Оркамби зарегистрирован в РФ), однако, это пока малодоступный вид лечения.

3. Пренатальная диагностика в настоящее время доступна. В данном случае необходима была генетическая консультация семейной пары. Возможно проведение ЭКО и дальнейшее развитие здорового эмбриона.

Задача 83

Девочка К. 2 месяца. Мама предъявляет жалобы на кашель, нарушение самочувствия ребенка. Объективно: шумное дыхание, акроцианоз, частый, сухой мучительный кашель, эмфизематозно вздутая грудная клетка, частота дыхания 66-72 в мин, ослабленное дыхание, обилие рассеянных сухих «музыкальных» хрипов?

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что может являться причиной данного заболевания?
3. Лечение?

Ответ:

1. Облитерирующий бронхиолит

2. Полиэтиологичность заболевания позволяет рассматривать его как проявление неспецифических тканевых реакций мелких дыхательных путей на действие различных повреждающих факторов.

Постинфекционные бронхиолиты чаще развиваются у детей и связаны с перенесенными инфекциями, вызываемыми аденовирусом, респираторно-синцитиальным вирусом, цитомегаловирусом, вирусом парагриппа, герпеса. Развитие острого облитерирующего бронхиолита также может быть вызвано другими возбудителями: микоплазмой, клебсиеллой, легионеллой, грибами рода аспергилл, ВИЧ.

Ингаляционный облитерирующий бронхиолит может быть обусловлен вдыханием токсических газов (диоксида серы, диоксида азота, хлора, аммиака), паров кислот, органической и неорганической пыли, никотина, кокаина. Лекарственный облитерирующий бронхиолит провоцируется приемом некоторых медикаментозных средств (цефалоспоринов, пенициллинов, сульфаниламидов, амиодарона, препаратов золота, цитостатиков).

К идиопатическим формам бронхиолита относят случаи заболевания, возникающие на фоне диффузных заболеваний соединительной ткани (ревматоидного артрита, системной красной волчанки), синдрома Стивенса – Джонсона, экзогенного аллергического альвеолита, аспирационной пневмонии,

воспалительных процессов ЖКТ (язвенный колит, болезнь Крона), злокачественного гистиоцитоза, лимфомы др.

Посттрансплантационный облитерирующий бронхиолит развивается у 20–50% пациентов, перенесших трансплантацию органов и тканей (комплекса сердце–легкие, обоих или одного легкого, костного мозга).

3. Основными лекарственными препаратами при облитерирующем бронхиолите являются кортикостероиды – чаще всего, преднизолон (дексаметазон), иногда в сочетании с иммунодепрессантами (циклофосфан). Ингаляционная терапия будесонидом, флутиказоном, беклометазоном позволяет уменьшить потребность в системных глюкокортикоидах за счет достижения более высоких концентраций препарата в тканях.

При инфекционном генезе облитерирующего бронхиолита в острую фазу заболевания применяют противовирусные и антибактериальные средства. При усилении бронхообструкции назначают муколитические препараты (лазолван в ингаляциях или энтерально), бета2-адреномиметики (сальбутамол); при легочной гипертензии – диуретики (фуросемид, верошпирон), метилксантины (эуфиллин), силденафил, аналоги простагландинов (илопрост), ингибиторы АПФ (каптоприл); при развитии гипоксемии - кислородотерапию.

В терапии облитерирующего бронхиолита используются антиоксиданты (коэнзим Q10, милдронат) в сочетании с витаминами, физиотерапия, массаж грудной клетки, бронхоальвеолярный лаваж.

Задача 84

К врачу обратилась мама с ребенком 9 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,3°C, насморк, частый приступообразный кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад, когда повысилась температура тела до 38,3°C, появился насморк. На следующий день присоединился кашель. Лечились самостоятельно, домашними средствами, эпизодически парацетамол, растирали грудную клетку мазью с эфирными маслами. Температура тела снизилась, в течение последних суток в пределах 37,2–37,5°C, однако кашель участился, приобрел приступообразный характер, появилось шумное дыхание.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды – срочные, физиологичные. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Вакцинация по возрасту. Ранее не болел. В семье болеет респираторной инфекцией бабушка. Наследственный анамнез: у двоюродной сестры бронхиальная астма, у дедушки по отцовской линии подагра, у бабушки по материнской линии удален желчный пузырь.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела на момент осмотра 36,9°C. Беспокоит частый, навязчивый, непродуктивный кашель. Дыхание шумное с втяжением уступчивых мест грудной клетки, участием мышц брюшного пресса при беспокойстве. ЧДД – 54 в минуту. Сатурация 94–96%. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание затруднено за счет обильного слизистого отделяемого. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечная, наложений нет. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое с удлинением выдохом над всей поверхностью, выслушиваются обильные, диффузные сухие, свистящие хрипы в обе фазы

дыхания. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные, звучные, ритмичные. ЧСС – 135 /мин. Живот - мягкий, безболезненный. Печень на 0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочепускание свободное, дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие факторы влияют на развитие данной формы заболевания?

Ответ:

1. Острый обструктивный бронхит. ДН 0-1 ст. Диагноз на основании появления признаков бронхиальной обструкции (приступообразный, навязчивый кашель, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, тахипноэ, наличие коробочного оттенка перкуторного звука, удлиненный выдох при аускультации, диффузные сухие, свистящие хрипы) у ребенка первого года жизни на фоне течения респираторной инфекции (острое начало с повышения температуры тела, насморка).
2. Данный диагноз не требует проведения дополнительных методов обследования. Для его постановки достаточно данных анамнеза и физикального обследования. В случае госпитализации будут проведены общеклинические тесты, необходим контроль сатурации, рентгенография ОГК не показана в связи с наличием синдрома бронхиальной обструкции и отсутствием признаков интоксикации, что делает маловероятным диагноз пневмонии.
3. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста развивается на фоне респираторных инфекций в связи с наличием анатомо-физиологических особенностей в виде относительно меньшего диаметра бронхов, выраженной васкуляризации слизистой оболочки, склонности к быстрому отеку слизистых на фоне воспалительного процесса. Рецидивы бронхиальной обструкции на фоне РИ также допустимы у детей данного возраста.

Задача 85

К врачу обратилась мама с ребенком 9 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,3°C, насморк, частый приступообразный кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад, когда повысилась температура тела до 38,3°C, появился насморк. На следующий день присоединился кашель. Лечились самостоятельно, домашними средствами, эпизодически парацетамол, растирали грудную клетку мазью с эфирными маслами. Температура тела снизилась, в течение последних суток в пределах 37,2-37,5°C, однако кашель участился, приобрел приступообразный характер, появилось шумное дыхание. Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды – срочные, физиологичные. На грудном вскармливании до 3 месяцев.

Вакцинация по возрасту. Ранее не болел. В семье болеет респираторной инфекцией бабушка. Наследственный анамнез: у двоюродной сестры бронхиальная астма, у дедушки по отцовской линии подагра, у бабушки по материнской линии удален желчный пузырь.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела на момент осмотра 36,9°C. Беспокоит частый, навязчивый, непродуктивный кашель. Дыхание шумное с втяжением уступчивых мест грудной клетки, участием мышц брюшного пресса при беспокойстве. ЧДД – 54 в минуту. Сатурация 94-96%. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание затруднено за счет обильного слизистого отделяемого. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечная, наложений нет. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое с удлинненным выдохом над всей поверхностью, выслушиваются обильные, диффузные сухие, свистящие хрипы в обе фазы дыхания. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные, звучные, ритмичные. ЧСС – 135 /мин. Живот – мягкий, безболезненный. Печень на 0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного состояния
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответ:

1. Острый обструктивный бронхит. ДН 0-1 ст. Диагноз на основании появления признаков бронхиальной обструкции (приступообразный, навязчивый кашель, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, тахипноэ, наличие коробочного оттенка перкуторного звука, удлинненный выдох при аускультации, диффузные сухие, свистящие хрипы) у ребенка первого года жизни на фоне течения респираторной инфекции (острое начало с повышения температуры тела, насморка).
2. Данное заболевание необходимо дифференцировать, в первую очередь, с острым бронхитом (простым), бронхиолитом, внебольничной пневмонией. Для острого (простого) бронхита не характерно появление одышки, учащения дыхания, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, коробочного оттенка перкуторного звука, наличия свистящих хрипов на выдохе. При остром бронхиолите отмечается более выраженное тахипноэ, значительное снижение сатурации и другой характер хрипов – более характерны диффузные мелкопузырчатые влажные хрипы, преимущественно в нижних отделах легких и по задней поверхности. Для внебольничной пневмонии, особенно у ребенка первого года жизни характерны более значимые симптомы интоксикации, стойкая лихорадка, в особенности при отсутствии антибактериальной терапии.
3. Этиотропная терапия отсутствует, в первую очередь, необходимо проведение бронхолитической терапии. Предпочтительно ингаляционной – ингаляции через компрессорный небулайзер 0,9% раствора натрия хлорида (минимум 2,0 мл) + фенотерол с ипратропия бромидом (беродуал, ипратерол и

т.д.) 1 капля на 1 кг массы тела раствора для ингаляций, но не более 10 капель на ингаляцию – не менее 3 раз в сутки. Достаточный питьевой режим. Мукоактивные препараты (амброксол, ацетилцистеин) – не эффективны при бронхиальной обструкции. При снижении сатурации менее 95% - оксигенотерапия.

Задача 86

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, обширные отеки ног, лица, туловища, температура 37,3°C. Границы сердца расширены. ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах легких, ЧД – 35 в мин. Пальпаторно и перкуторно – асцит. Печень + 4см. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин - 160 г/л, Эр – 5,2х 10¹²/л, Тромб. 416,0х10⁹/л, Лейк - 9,8х 10⁹/л, п/я –3%, с–36%, л–54%, СОЭ-56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 40 г/л, альбумины – 40 %, холестерин – 16 ммоль/л, креатинин - 70,0 мкмоль/л, мочевины 5,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: моча мутная, белок – 8 г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр. Суточная протеинурия 5 г.

УЗИ почек: почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена. При ЦДК обеднение кровотока в подкапсульной зоне.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Острый гломерулонефрит, нефротическая форма.
2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с наследственным нефритом, гематурической формой гломерулонефрита, острым постстрептококковым гломерулонефритом.
3. Терапевтические мероприятия включают режим, диетотерапию, диуретические, глюкокортикоидные, а также антикоагулянтные, по показаниям цитостатические препараты.

Режим. Постельный режим в неосложненных случаях составляет 3—7 дней. Диетотерапию назначают с ограничением жидкости, соли и белка.

Коррекция гиповолемии. Проведение инфузионной терапии 10—20% раствором альбумина 0,5—1,0 г/кг (10—15 мл/кг) массы тела внутривенно капельно с последующим струйным введением лазикса 0,5—1 мг/кг или реополиглюкином на глюкозе, 10—15 мл/кг. Из мочегонных препаратов применяют фуросемид (лазикс) 1—2 мг/кг, верошпирон 2—5 мг/кг. Глюкокортикоидная терапия при первоначальной глюкокортикоидной терапии доза преднизолона составляет 2 мг/(кг-сут) (не более 60—80 мг/сут)

продолжительностью 4—6 нед, ежедневно с учетом суточного биоритма надпочечников с утра в 3—4 приема.

Антиагреганты и антикоагулянты: в начале терапии применение гепарина, затем курантил.

Задача 87

Девочка К. 7 лет поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии распирающего характера, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят ребенка в течение месяца. Боли без четкой локализации, периодически отрыжка. Накануне девочка ела жирный торт. Поступила в хирургическое отделение в связи с выраженным болевым синдромом, многократной рвотой. Острая хирургическая патология исключена, переведена в отделение гастроэнтерологии.

Анамнез жизни: Развитие соответствовало возрасту. Перенесенные заболевания: инфекция мочевыводящих путей в грудном возрасте. Детские инфекции: в/оспа. Операции: аденотомия в возрасте 4 лет. Аллергоанамнез – не отягощен. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии, патологии ЖКТ (хронический панкреатит у отца), эндокринной патологии. Прививки по возрасту.

Состояние при поступлении Состояние средней тяжести. Самочувствие страдает за счет абдоминального болевого синдрома. Умеренно повышенного питания. Физическое развитие выше среднего, гармоничное. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительна. Язык слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, обычной формы, симметричен, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, болезненный в панкреатодуоденальной области. Печень: у края ребёрной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательны. Стул последний раз накануне, со слов ребенка жидкий, 4 раза. Симптом поколачивания отрицательный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л Эр – $4,70 \times 10^{12}/л$, Лейкоц – $14,3 \times 10^9/л$, п/я – 22%, с/я – 45%, эоз – 5%, лимф – 39%, мон – 13%, СОЭ – 12 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт – 19 (до 40), АсАт – 26 (до 40), амилаза общая – 320 (до 80), амилаза панкреатическая – 550 (до 80), липаза – 430 (до 80), общий белок – 66,60 (65 – 85), мочевины – 4,80 (4,2– 8,3), креатинин – 56,0 (53 – 115), холестерин – 4,72 (1,7 – 5,2), триглицериды – 1,36 (0,0 – 1,69), глюкоза – 4,63 (до 3,0 – 5,5), билирубин общий – 9,30 (1,3 – 20,5), СРБ-2 (до 8,2).

Анализ мочи общий без особенностей. Диастаза мочи: 3050,0 ед/л (до 380).

Копрология: цвет – темно-коричневый, форма – неоформленный, реакция – нейтральная, слизь – нет, клетчатка перевариваемая – много, мышечные волокна – редко, жир нейтральный – в небольшом количестве, кристаллы жирных кислот – много, крахмал внутриклеточный – в небольшом количестве, лейкоциты в п/з – редко, эпителий в п/з – редко.

УЗИ брюшной полости: Поджелудочная железа: обычной формы, экзогенность повышена, контуры ровные, капсула не уплотнена, увеличена в области головки, структура диффузно неоднородна за счет дополнительных высокоимпульсных эхосигналов. По остальным органам без отклонений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Острый панкреатит. Нельзя исключить дебют наследственного панкреатита. Диагноз выставлен на основании характерного для панкреатита болевого синдрома, повышения более 3 норм амилазы и липазы в крови, увеличение ПЖЖ по данным УЗИ. Так у отца хронический панкреатит, необходимо прежде всего исключить наследственный панкреатит. Жирная пища способствовала дебюту заболевания.
2. С острыми кишечными инфекциями, острым холециститом, острым аппендицитом, аномалиями строения ПЖЖ, нарушениями липидного обмена
3. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, энтеральное питание, спазмолитики, обезболивающие. После купирования приступа щадящая диета, спазмолитики, ферменты, ингибиторы протонной помпы.

Задача 88

Девочка Ю. 13 л. поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания: боли в правом подреберье периодически беспокоят девочку в течение 6 месяцев, чаще после жирной пищи. Диету девочка не соблюдает, питается беспорядочно. За этот период несколько раз по несколько дней не ела, чтобы похудеть. Накануне была на дне рождения, где ела много жирной пищи. Поступила экстренно в связи с усилением болевого синдрома.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей физиологично, срочных самостоятельных родов. При рождении рост 51 см, масса тела 3400 г. На искусственном вскармливании с 2-х месяцев, прикорм введен по возрасту. Привита по возрасту. Аллергоанамнез: не отягощен. Наблюдается ортопедом по поводу сколиоза грудного отдела позвоночника и плоскостопия; гастроэнтерологом по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Наследственный анамнез отягощен по желчнокаменной болезни по материнской линии. Травмы: отрицает. Операции: аденотомия в 7 лет.

Осмотр при поступлении: Масса тела 55 кг, рост 154 см. Состояние средней тяжести. Температура 37,8. Жалобы на боли в животе. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в верхних отделах, положительные симптомы холепанкреатопатии. Стул регулярный, оформленный. Мочейспускание не нарушено. Вес: 59 кг, рост: 157 см.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л Эр – $4,70 \times 10^{12}/л$, Лейкоц – $12,52 \times 10^9/л$, п – 22%, с - 45%, эоз – 5%, лимф -39%, мон – 13%, СОЭ – 32 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 19 (до 40), АсАт – 26 (до 40), щелочная фосфатаза – 128 (до 45), амилаза общая – 74 (до 80), гаммаглутамилтрансфераза – 21 (до 30), белок – 66.60 (65 – 85), мочевины –

2.80 (4,2- 8,3), креатинин – 56.0 (53 - 115), холестерин –6.3 (1.7 – 5.2), триглицериды – 1,36 (0,0 – 1,69), глюкоза – 4,63 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 40 (1,3 – 20,5), прямой 30, СРБ-56. Hbs – антиген отрицательный.. Анализ мочи общий без особенностей. Диастаза мочи: 283,0 (до 380). УЗИ брюшной полости Желчный пузырь: Форма: овальная. Полость: мелкозернистый осадок в умеренном кол-ве. Стенка до 3.5 мм. Конкременты: достоверно визуализируются три конкремента макс. диаметром до 6.1 мм. Внепеченочные желчные протоки не расширены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Какова тактика ведения пациента?
3. Назначьте терапию.

Ответ:

1. Острый калькулезный холецистит, желчно-каменная болезнь, Факторы способствующие развитию заболевания: наследственная предрасположенность, нарушение диеты и режима питания.
2. Купирование острого процесса, затем попытка литолитической терапии препаратами УДХК (урсофальк, урсосан).
3. Диета с исключением острых, жирных, жареных продуктов, фаст-фуда, прием пищи – 4 раза в день, постельный режим, антибиотики широкого спектра действия защищенные пеницилины (амоксиклав 50 мг/кг х 2р), в сочетании с метронидазолом (500 мг х 2р) курса 7 дн, спазмолитики (дротаверин 40 мг х 3 раза) на 7-14 дней, при необходимости для купирования болевого синдрома НПВ (ибупрофен), литолитическая терапия (урсодезоксихолевая кислота 15 мг/кг 1/3 дозы утром и 2/3 вечером на ночь длительно)

Задача 89

Ребенок 7 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденное - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС

120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови: НЬ — 115 г/л, Лейк - 18,6х10⁹/л, п/я - 10%, с - 57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

Ответ:

1. Диагноз: правосторонняя сегментарная пневмония. Тяжелое течение. ДН Пст
2. Дополнительные обследования: ОАМ, б/х крови, посевы мокроты и слизи из зева, серологическое исследование
3. Дифференциальный диагноз: бронхит, бронхиолиты, нарушения проходимости бронхиального дерева (инородное тело, аспирация, иногда ларингоспазм, бронхоспазм, пороки развития гортани), плеврит, туберкулез, поражение легких при гельминтозах. Сегментарный отек легких при ОРВИ (не соответствует клинике, Rg, нет ДН, скудные физикальные данные, ОАК не изменен) Крупозная (нижнедолевая) - с острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, перитонитом, менингитом.

Задача 90

К врачу обратилась мама с девочкой 7 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,9°C, озноб, общую слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: заболела остро, два дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела, появились вышеописанные жалобы. Сегодня появился редкий кашель. В связи со стойким повышением температуры, которая практически не снижается, вызвали врача.

Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, протекавшей без патологии. Роды – срочные, к груди приложена в родзале. На грудном вскармливании до 1 года. Привита по возрасту. Болеет редко. Занимается легкой атлетикой 3 раза в неделю. Около трех недель назад ездила в другой город на соревнования. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: старшая сестра страдает бронхиальной астмой.

Объективно: Состояние средней тяжести. Вялая. Температура тела на момент осмотра 37,7°C Изредка кашляет. Участвия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания нет. Кожные покровы – чистые, теплые. Слизистая небных дужек умеренно гиперемирована. Периферические лимфоузлы без патологии. Носовое дыхание – свободное. ЧД – 32 /мин. Перкуторно над легкими легочный звук, справа в нижних отделах укорочение перкуторного звука, дыхание жесткое, ослабленное в месте укорочения перкуторного звука, там же выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС – 98 /мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные,

ритмичные. Живот - мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте план обследования ребенка, укажите, какие результаты ожидаете получить для подтверждения Вашего предварительного диагноза.
3. Назначьте терапию данного заболевания с учетом наиболее вероятного возбудителя, укажите критерии эффективности назначенного лечения.

Ответ:

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. Обоснование: острое начало с повышения температуры тела, выраженных проявлений интоксикации в виде лихорадки, резистентной к жаропонижающим средствам, снижение аппетита, общая слабость. В объективном статусе: тахипноэ, локальные изменения со стороны органов дыхания при физикальном осмотре: укорочение перкуторного звука при перкуссии, ослабление дыхания над участком укорочения перкуторного звука с мелкопузырчатыми влажными хрипами.
2. Клинический анализ крови, ожидаем умеренный или выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ; определение С реактивного белка – значительное повышение показателя (более 50 мг/л); рентгенография ОГК – появление локального затемнения легочной ткани справа, по размерам, плотности, локализации инфильтративной тени диагноз может быть скорректирован с указанием вида пневмонии: очаговая, очагово-сливная, полисегментарная, долевая и т.д.; проведение пульсоксиметрии – при снижении сатурации менее 92% показана обязательная госпитализация
3. Наиболее вероятный возбудитель данного заболевания – пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*). Препаратом выбора в данном случае являются защищенные пенициллины, т.к. девочка была в путешествии незадолго до заболевания, что повышает риск антибиотикорезистентности: амоксициллин с клавулановой кислотой в суточной дозе 45-60 мг/кг, per os; продолжительность антибактериальной терапии 7-10 дней. Критериями эффективности являются: общее улучшение самочувствия в виде нарастания двигательной активности, улучшения аппетита, снижение температуры тела, уровня СРБ в течение 48-72 часов; помимо антибактериальной терапии назначается симптоматическая терапия в зависимости от конкретной клинической ситуации (жаропонижающие, мукоактивные препараты). Оксигенотерапия проводится при снижении сатурации менее 95%. Режим на период лихорадки назначается постельный, при снижении температуры – полупостельный и палатный, обязательны проветривания. После стабилизации состояния рекомендуются занятия дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой.

Задача 91

Ребенок 6 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденное -

синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД - 32 в 1 минуту. 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 громкие, шумов нет, ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови: НЬ — 115 г/л, Лейк - 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с - 57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие изменения в биохимическом анализе крови Вы ожидаете?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Диагноз: правосторонняя сегментарная пневмония. Тяжелое течение. ДН Пст
2. Б/х: снижение общего белка, повышение фракции β_2 , снижение γ , выраженность сиаловой пробы, повышение СРБ.
3. Лечение: госпитализация, режим, питания. Лечение ДН = свежий воздух в палате, увлажненный О₂, вит Е. Если мокроты мало или она вязкая = щелочные и сощелочные теплые ингаляции; при очень вязкой мокроте - ингаляции с протеолитическими ферментами :трипсин, химотрипсин. При тяжелой пневмонии – парентерально витамины. Антибиотики: необходимо учитывать лекарственную аллергию. Если к пеницилинам - Цефалоспорины 1,2пок или макролиды + антигистаминные препараты + антипиретики. Постуральный дренаж, ЛФК, массаж.

Задача 92

К врачу обратилась мама с девочкой 7 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,9°C, озноб, общую слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: заболела остро, два дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела, появились вышеописанные жалобы. Сегодня появился редкий кашель. В связи со стойким повышением температуры, которая практически не снижается, вызвали врача.

Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, протекавшей без патологии.

Роды – срочные, к груди приложена в родзале. На грудном вскармливании до 1 года. Привита по возрасту. Болеет редко. Занимается легкой атлетикой 3 раза в неделю. Около трех недель назад ездила в другой город на соревнования. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: старшая сестра страдает бронхиальной астмой.

Объективно: Состояние средней тяжести. Вялая. Температура тела на момент осмотра 37,7°C Изредка кашляет. Участвия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания нет. Кожные покровы – чистые, теплые. Слизистая небных дужек умеренно гиперемирована. Периферические лимфоузлы без патологии. Носовое дыхание – свободное. ЧД – 32 /мин. Перкуторно над легкими легочный звук, справа в нижних отделах укорочение перкуторного звука, дыхание жесткое, ослабленное в месте укорочения перкуторного звука, там же выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС – 98 /мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Живот - мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, дизурических явлений нет.

После проведения рентгенографии ОГК, исследования клинического анализа крови была диагностирована правосторонняя внебольничная очаговая пневмония. Назначен амоксициллин. Однако, состояние девочки не улучшилось. К началу третьих суток антибактериальной терапии сохраняется общая слабость, фебрильная лихорадка, отказ от еды. Сатурация 93-94%.

Вопросы:

1. Какова тактика педиатра в данном случае?
2. Назовите причины возможной неэффективности антибактериальной терапии.
3. В чем состоит профилактика данного заболевания. Когда данному ребенку можно возобновить тренировки в спортивной секции?

Ответ:

1. Учитывая недостаточную эффективность стартовой антибактериальной терапии, ребенка необходимо госпитализировать, повторить исследование клинического анализа крови, СРБ, определить уровень прокальцитонина, повторить рентгенографию ОГК. Необходима смена антибактериальной терапии на «защищенный» препарат, применение более высоких доз, проведение оксигенотерапии.
2. Наиболее вероятная причина неэффективности антибактериальной терапии – антибиотикорезистентность. В данном случае имеется один из факторов повышающих вероятность резистентности: девочка находилась в путешествии. Кроме данного обстоятельства, к факторам повышающим риск резистентности относится: посещение ребенком детского дошкольного учреждения или контакт с детьми посещающими ДДУ; прием антибактериальных препаратов или госпитализация в предшествующие 3 месяца; недавние путешествия; сахарный диабет.
3. К мерам профилактики пневмонии относят специфические и неспецифические методы. К специфической профилактике относится вакцинация от пневмококковой, гемофильной инфекций, коклюша, кори,

сезонная профилактика гриппа, пассивная иммунизация детей первых двух лет жизни из группы риска от респираторно-синцитиальной инфекции. Неспецифическая профилактика предусматривает исключение пассивного курения детей. Девочка может возобновить занятия спортом через 6 (при неосложненной) – 12 (при осложненной) недель после выздоровления. Показаны занятия лечебной физкультурой.

Задача 93

Вызов на дом к мальчику 9 лет с жалобами на повышение температуры тела до высоких цифр, озноб, боль в боку.

Анамнез заболевания: заболел остро, повысилась температура до 40,0°C. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Привит по индивидуальному графику в связи с проявлениями атопического дерматита на первом году жизни. Болеет респираторными инфекциями до 6 раз в год. В семье есть младший ребенок 3 лет, посещающий детский сад. Наследственность: у матери аллергический ринит.

Объективно: Состояние тяжелое. Мальчик вялый, аппетит резко снижен. Пьет плохо. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. Дыхание частое, поверхностное. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 98 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст. Сатурация 94%. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул был вчера, оформленный, без патологических примесей. Дизурических нарушений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Определите тактику ведения данного пациента.
3. Назначьте терапию данного заболевания с учетом наиболее вероятного возбудителя, укажите критерии эффективности назначенного лечения.

Ответ:

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. Правосторонний плеврит? Обоснование: острое начало с повышения температуры тела, выраженных проявлений интоксикации в виде лихорадки с ознобом, снижение аппетита, общая слабость. В объективном статусе: тахипноэ, локальные изменения со стороны органов дыхания при физикальном осмотре: укорочение перкуторного звука при перкуссии, ослабление дыхания над участком укорочения перкуторного звука. Снижение сатурации. Плеврит на основании появления боли в боку, вынужденное положение ребенка в постели на этом боку,

отставание пораженной половины в акте дыхания.

2. В данном случае показана госпитализация ребенка в стационар в связи с выраженной интоксикацией, наличием признаков ДН (сатурация 94%), вероятным развитием осложненного течения – плеврит? В стационаре необходимо проведение рентгенографии ОГК, УЗИ плевральных полостей, исследование клинического анализа крови, С реактивного белка, прокальцитонина.

3. Наиболее вероятный возбудитель данного заболевания – пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*). Препаратом выбора в данном случае являются защищенные пенициллины, т.к. девочка была в путешествии незадолго до заболевания, что повышает риск антибиотикорезистентности: амоксициллин с клавулановой кислотой в суточной дозе 45-60 мг/кг, per os; продолжительность антибактериальной терапии 7-10 дней. Критериями эффективности являются: общее улучшение самочувствия в виде нарастания двигательной активности, улучшения аппетита, снижение температуры тела, уровня СРБ в течение 48-72 часов; помимо антибактериальной терапии назначается симптоматическая терапия в зависимости от конкретной клинической ситуации (жаропонижающие, мукоактивные препараты). Оксигенотерапия проводится при снижении сатурации менее 95%. Режим на период лихорадки назначается постельный, при снижении температуры – полупостельный и палатный, обязательны проветривания. После стабилизации состояния рекомендуются занятия дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой.

Задача 94

Ребенок 8 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденное - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД - 32 в 1 минуту. 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 громкие, шумов нет, ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови: НЬ — 115 г/л, Лейк - 18,6х10⁹/л, п/я - 10%, с -57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
3. Какие предшествующие заболевания способствовали развитию данной формы заболевания и каков прогноз?

Ответ:

1. Диагноз: правосторонняя сегментарная пневмония. Тяжелое течение. ДН Пст
2. Патогенез: бронхогенно проникает - воспаление, токсикоз - ДН - гипоксемия, гипоксия, дыхательный и метаболический ацидоз - нарушение деятельности ЦНС + изменения ССС (гипоксия, спазм артериол МКК, легочная гипертензия, повышенная нагрузка на правое предсердие, снижение сократительной функции миокарда, нарушение периферической гемодинамики + микроциркуляции).
3. Предшествующие заболевания, способствующие развитию пневмонии: частые ОРВИ, СДР, аллергия, лакунарные ангины. Возможные осложнения: плеврит, ателектаз, абсцесс, пиопневмоторакс, буллы. Прогноз: при неосложненной пневмонии - благоприятный. Осложнения: риск формирования затяжной хронической пневмонии + повышенная летальность.

Задача 95

Доношенная девочка, от женщины 29 лет, с хроническим тонзиллитом, кариесом, от I-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре, водянкой в 3-м триместре беременности, роды самостоятельные, срочные, головное предлежание. Масса тела при рождении 3720 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

В возрасте 3 суток жизни масса 3550. Температура тела 37,2оС. Сосет охотно, мышечный тонус и рефлексы удовлетворительные, кожа субиктеричная, отмечается шелушение, на носу и подбородке – мелкие белые папулы без гиперемии, на теле желтовато-белые папулы с гиперемией вокруг, симметричное увеличение и нагрубание молочных желез. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД-46 в 1 мин, ЧСС=134 в 1 мин. Живот мягкий, стул – желто-зеленый. Печень+1,0 см из-под правого подреберья, селезенка у края реберной дуги. Из половых путей слизисто-сукровичное отделяемое. На памперсе пятно красно-кирпичного цвета.

Клинический анализ крови: Нв-180 г/л, эр.- $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $11,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с/я - 40%, л - 47%, э - 2%, м. - 6%, тр.- $260,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 3 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Объясните причину появления вышеперечисленной симптоматики.
2. Необходимое лабораторно-инструментальное обследование.
3. Составьте план лечебных мероприятий. Дайте рекомендации по режиму кормления на первой недели жизни.

Ответ:

1. Ранний неонатальный период. Мочекислый диатез. Физиологическое шелушение. Милии. Мочеполовой криз. Транзиторное снижение массы тела. Милии и физиологическое шелушение – адаптация к более низкой температуры окружающей среды, тактильным раздражителям, микробной колонизации. Мочекислый диатез – адаптация к гемодинамике, гормональному фону, потери воды. Мочеполовой криз - увеличение молочных связано с половым кризом - адаптацией к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведению материнских гормонов. Снижение массы тела связано со стрессом и относительной гипоксемией в родах, новым видом питания, транзиторной гиперфункцией гипофиза, надпочечников, щитовидной и поджелудочной желез. В среднем транзиторная потеря массы тела составляет 6-8% по сравнению с массой тела при рождении. Восстановление происходит к 10-12 дню.

2. В лабораторно-инструментальных обследованиях не нуждается.

3. В лечебных мероприятиях не нуждается. При нарастании симптоматики мочеполового криза временный отказ от грудного вскармливания на 4-5 дней. В остальных случаях продолжить грудное вскармливание по требованию.

Задача 96

Мальчик, 6 дней жизни. От 1й нормально протекающей беременности. Роды срочные. Самостоятельные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Вакцинирован в родительном доме. Выписан на 3е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре на 6-й день состояние ребёнка удовлетворительное. На грудном вскармливании. Активен. Масса тела 3060 г. Рефлексы периода новорождённости вызываются. Физиологический гипертонус. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются мелкие беловато-желтоватые узелки. На коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2-х см, при легком надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Печень + 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул жёлтый с неперевавленными комочками и прожилками слизи. Клинический анализ крови: Нв - 180 г/л, эритроц. - $5,0 \times 10^{12}$ /л, Цв. п - 1,10; лейкоц. $8,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 35%, э. - 3%, л. - 49%, м. - 9%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1004; белок – отсутствует; эпителий плоский – много; лейкоциты - 2-3 в п/зр.; эритроциты - 2-4 в п/зр.; цилиндры – нет; соли - кристаллы мочевой кислоты в большом количестве. Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий – 54 мкмоль/л, непрямой - 51 мкмоль/л, прямой – 3 мкмоль/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий – 4.2 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций общий - 2,2 ммоль/л; фосфор - 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Как называются состояния, наблюдаемые у ребенка?
2. Перечислите названия состояний?

3. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

Ответ:

1. Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния-транзиторные.
2. Физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, милии, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислый диатез.
3. Домашний режим, адекватное вскармливание (грудное вскармливание по требованию), ежедневный туалет кожи. Специализированная терапия не требуется.

Задача 97

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы с иктеричностью, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон, правая до 2 см, левая до 2,5 см. Пупочная ранка сухая, культя пуповины в прищепке.

В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи. Утром до осмотра мама отмечала яркое окрашивание мочи (кирпичное цвета).

Общий анализ крови: НЬ - 186 г/л, Эр - 5.6×10^{12} /л, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 45%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004,

белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты в большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок - 103,4 г/л, билирубин: непрямой - 95 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, калий - 5,4 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация

нефролога?

Ответ:

1. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия, физиологическая желтуха.

2. Нагрубание молочных желез - состояние, появляющееся у 2 / 3 новорожденных детей (в независимости от возраста). Связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается, необходимо соблюдение правил гигиены. При отсутствии признаков воспаления (нарастание отека, гиперемия, симметричность, гнойное отделяемое из молочных желез), осмотр хирурга и специфическая терапия не требуется.

3. Анализ крови соответствует возрасту 5 дням жизни, когда начинается первый перекрест между нейтрофилами и лимфоцитами. В общем анализе мочи присутствуют соли мочевой кислоты это связано с катаболической направленностью обмена веществ и распадом большого количества клеток (в основном лейкоцитов), из нуклеиновых кислот, ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным этапом метаболизма которых является мочевая кислота. Анализы ребенка соответствуют возрастной норме, дополнительная консультация специалистов не требуется.

Задача 98

Девочка, 3 дня, от первой беременности, протекавшей без особенностей. Первых самостоятельных родов в срок. Масса тела при рождении 3600г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в род зале. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 3-е сутки составила 3470 г. В 1 сутки мама отмечала обильный густой стул темно-зеленого цвета. При осмотре состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы иктеричные, на коже лица, груди, спины отмечаются необильные папулезные элементы, участки гиперемии кожных покровов, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон по 1,5 см. Пупочная ранка сухая, культя пуповины в скобе без признаков воспаления.

В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, умеренной плотности, селезенка +1 см. Стул кашицеобразные, горчичного цвета с неперевавленными комочками.

Общий анализ крови: НЬ - 190 г/л, Эр - 5,5, Лейк - 7,4, п/я - 5%, с - 60%, э - 1%, л - 34%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1007,

белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 4-6 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты в

большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок - 106,4 г/л, билирубин: непрямой - 120 мкмоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АСТ 40 ед/л, АСТ 38 ед/л, глюкоза 4,3 г/л.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Объясните характер стула в 1 сутки жизни и его изменение к 3 суткам.
3. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни? Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

Ответ:

1. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия, физиологическая желтуха, токсическая эритема.
2. Густой стул темно-зеленого цвета в первые сутки жизни - меконий (первородный стул). К 3 суткам жизни стул имеет физиологический характер.
3. Потеря массы тела в первые дни происходит за счет физиологических потерь жидкости ребенком (моча, кал, с дыханием). При адекватном кормлении и активном сосании, весовая кривая в ближайшие дни после рождения достигнет исходного уровня.

Задача 99

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение полугода. В дебюте заболевания боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак; боли купируются приемом пищи. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Режим дня и питания не соблюдает.

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез. Мать 36 лет - здорова; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 110 уд/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Стул темного цвета, оформленный.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л; Нб - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 %; Лейк - $8,7 \times 10^9$ /л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390×10^9 /л.

Биохимический анализ крови: железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: положительный

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Биопсийный тест на НР: (+++).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Основной. Язва двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, в активной стадии, ассоциированная с НР. Осложнения. Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Обоснование – слабость, быстрая утомляемость, сонливость, головокружение, боли в животе натощак, купирующиеся приемом пищи, наследственность отягощена по ЯБ, клинические признаки анемии, черный стул, лабораторные признаки железодефицитной анемии, результаты ФЭГДС
2. Дебют воспалительного заболевания кишечника, геморрагические заболевания, туберкулез кишечника
3. Ингибиторы фибринолиза и ингибиторы протонной помпы для остановки кровотечения. Эрадикационная терапия 4-х компонентной схемой - омепразол 40 мг 2 р, амоксициллин 1000 мг х 2р, кларитромицин 500 мг х 2р, висмута трикалия дицитрат 240 мг х 2р. Длительность терапии – 14 дней. Препараты железа на 3 мес для купирования анемии.

Задача 100

Мальчик 14 лет обратился к педиатру с жалобами на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. В общем анализе крови при выписке: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.

Из анамнеза жизни. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, Травм, операций не было. Наследственность отягощена по колоректальному раку по линии матери.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 154 см, масса 45 кг (за 4

месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные. Язык густо обложен у корня белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза и какие изменения вы ожидаете.
3. Назначьте лечение..

Ответ:

1. ВЗК (Язвенный колит?). Анемия легкой степени.

Язвенный колит выставлен на основе: анамнеза (повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки отрицательные тесты на возбудителей инвазивной диареи, анемия,); клинических симптомов (лихорадка, абдоминальный болевой синдром, гемоколит).

Анемия: снижение уровня эритроцитов и гемоглобина за счет кровопотери и активного воспалительного процесса.

2. Исследования

- общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ), характерно снижение гемоглобина, лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускоренная СОЭ. При легкой степени тяжести изменения в анализе крови могут отсутствовать.

- биохимический анализ крови (белок и фракции, АЛТ/АСТ, СРБ, обмен железа, иммуноглобулин G) характерна диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией, повышение СРБ и IgG, снижение уровня железа, может снижаться общий белок,

- кал на токсин *Cl.difficile*,

- анализ кала на фекальный кальпротектин (повышен не только при ЯК, но и при БК и может быть немного повышенным при острых кишечных инфекциях).

- УЗИ органов брюшной полости (могут быть мезадениты, утолщение стенок ТК, что характерно для ЯК, может быть выявлена сопутствующая патология).

- ФГДС с биопсией для исключения болезни Крона, и выявления сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ

- Колоноскопия с множественной биопсией и морфологическим исследованием биоптатов (характерно: непрерывное воспаление от прямой кишки, исчезновение сосудистого рисунка, кровоточивость (контактная, спонтанная), эрозии, «слизистая, изъеденная молью», язвы плоские, округлые полигональные, звездчатые, фибрин, гной на стенках, псевдополипы).

3. Лечение.

Диета предусматривает механическое, термическое и химическое щажение

пищеварительного тракта. Питание дробное, 5–6 раз в сутки с некоторым ограничением в рационе доли углеводов и жиров при одновременном увеличении квоты белков. Исключается молоко.

Противовоспалительные препараты: препараты 5-аминосалициловой кислоты (5АСК: сульфасалазин, месалазин)- первичная терапия при легкой форме ВЗК, первичная терапия при среднетяжелой форме ВЗК в комбинации с кортикостероидами, поддерживающая терапия ВЗК.

При тяжелых формах заболевания, нередко с внекишечными проявлениями - глюкокортикостероиды, иммуносупрессивные препараты (азатиоприн, метотрексат). При среднетяжелых и тяжелых формах ЯК рефрактерных к глюкокортикоидам и иммуносупрессантам назначается биологическая терапия (моноклональные антитела к фактору некроза опухоли – Инфликсимаб).