

**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:

Факультетская педиатрия

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

31.05.02 – Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

№	ВОПРОС	ВЕРНЫЙ ОТВЕТ
1.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ А) снижение сывороточного железа Б) наличие гипохромной анемии В) наличие источника кровопотери Г) снижение железосвязывающей способности сыворотки	А
2.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В А) нерациональном вскармливании Б) хронической кровопотере В) гельминтозе Г) гемолизе эритроцитов	А
3.	СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л А) 70 – 90 Б) 90 – 110 В) 120 – 140 Г) менее 70	А
4.	ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ А) 4-6 Б) 2-3 В) 1-2 Г) 10	А
5.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 1-1,5 месяца Б) 0,5 месяца В) 2-3 месяца Г) 4-6 месяцев	А
6.	СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА А) 5 – 8 Б) 2 В) 100 – 120 Г) 20	А
7.	КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ	А

	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ А) 3-4 недели Б) 4-8 недель В) 8-16 недель Г) 1-2 недели	
8.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ А) хроническая кровопотеря Б) глистная инвазия В) нарушение всасывания железа Г) авитаминоз	А
9.	РЕБЁНОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ А) III Б) I В) II Г) IV	А
10.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕС. А) 3 Б) 4,5 В) 5 Г) 6	А
11.	ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ А. тетраде Фалло Б. дефекте межпредсердной перегородки В. открытом артериальном протоке Г. дефекте межжелудочковой перегородки	А
12.	ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ А. дигоксина Б. тримеперидина В. пропранолола Г. оксигенотерапии	А
13.	К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СИНЕГО ТИПА ОТНОСИТСЯ А. тетрада Фалло Б. дефект межпредсердной перегородки В. дефект межжелудочковой перегородки Г. открытый артериальный проток	А
14.	ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНА ФОРМА СЕРДЦА В	А

	ВИДЕ А. «башмачка» Б. «овоида» В. «снежной бабы» Г. «капли»	
15.	ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ А. «овоида» Б. «снежной бабы» В. «башмачка» Г. «капли»	А
16.	ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А. транспозиция магистральных сосудов Б. открытый артериальный проток В. дефект межпредсердной перегородки Г. дефект межжелудочковой перегородки	А
17.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМЫ СЕРДЦА В ВИДЕ «ДЕРЕВЯННОГО БАШМАКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ А. тетрады Фалло Б. транспозиции магистральных сосудов В. тотального аномального дренажа легочных вен Г. коарктации дуги аорты	А
18.	КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ РЕБЕНКА С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ А. цианотичные Б. иктеричные В. бледные Г. гиперемированные	А
19.	К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО (С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ А. тетраду Фалло Б. дефект межжелудочковой перегородки В. коарктацию аорты Г. открытый артериальный проток	А
20.	ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО А. ввести строфантин и фуросемид Б. использовать увлажненный кислород В. назначить пропранолол (анаприлин, обзидан) Г. ввести тримепиредин	А
21.	ПРОСТАГЛАНДИНЫ ГРУППЫ «Е» ПРИМЕНЯЮТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ТАКОМ ВПС, КАК А. транспозиция магистральных артерий Б. открытый артериальный проток	А

	В. дефект межжелудочковой перегородки Г. аномальный дренаж легочных вен	
22.	РЕБЕНКУ С КРИТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО В ВОЗРАСТЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ ПРОВЕДЕНА ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ – НАЛОЖЕНИЕ АОРТО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА. ВОЗМОЖНОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ - ЭТО А. тромбоз анастомоза Б. сердечная недостаточность В. артериальная гипертензия Г. гемолитическая анемия	А
23.	ВПС, ПРИ КОТОРОМ НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМО СРОЧНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ РАШКИНДА (ЗАКРЫТАЯ АТРИОСЕПТОСТОМИЯ) - ЭТО А. транспозиция магистральных артерий Б. дефект межпредсердной перегородки В. тетрада Фалло Г. коарктация аорты	А
24.	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ГИПЕРОКСИЧЕСКИЙ ТЕСТ У НОВОРОЖДЕННОГО ПОДТВЕРЖДАЕТ ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ А. цианотического врожденного порока сердца Б. неонатального сепсиса В. врожденной пневмонии Г. респираторного дистресс-синдрома	А
25.	СКАЧУЩИЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ: А. открытом артериальном протоке Б. коарктации аорты В. транспозиции магистральных сосудов Г. стенозе легочной артерии	А
26.	СИСТОЛИЧЕСКИЙ «МАШИННЫЙ» ШУМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ: А. открытом артериальном протоке Б. открытом овальном окне В. дефекте межпредсердной перегородки Г. дефекте межжелудочковой перегородки	А
27.	АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ А. акцент II тона во II межреберье слева от грудины Б. грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины В. грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины Г. акцент II тона у основания мечевидного отростка грудины	А
28.	НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	А

	ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН А. дугой аорты, легочной артерией, левым предсердием, левым желудочком Б. дугой аорты, левым предсердием, легочной артерией, левым желудочком В. дугой аорты, левым желудочком, левым предсердием, легочной артерией Г. левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком	
29.	РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У А. педиатра и кардиолога Б. кардиолога и кардиохирурга В. кардиолога и невролога Г. педиатра и отоларинголога	А
30.	ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ А. болезнью Толочинова – Роже Б. болезнью Сокольского – Буйо В. синдромом Шерешевского – Тернера Г. синдромом Картагенера	А
31.	ЧАЩЕ ВСЕГО АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ МАНИФЕСТИРУЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ А. 5 лет Б. 1 года В. 3 месяцев Г. 10 дней	В
32.	К ГЛАВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ _____ А. эритродермия Б. зуд кожи В. кератоконус Г. белый дермографизм	Б
33.	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ _____ А. красный дерматографизм Б. зуд кожи В. раннее старение кожи Г. экзема сосков	Г
34.	КЛЕТКАМИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, ОТВЕЧАЮЩИМИ ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ЯВЛЯЮТСЯ _____ А. В лимфоциты Б. NK клетки В. Th1 лимфоциты	Г

	Г. Th2 лимфоциты	
35.	АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЭТО — _____ А. аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к atopическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, характеризуется кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью, как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям Б. острое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся разнообразной сыпью, чувством жжения, возникающее в результате воздействия на нее биологических факторов В. хронический вирусный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов Г. хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются лихеноидные папулы.	А
36.	ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ЩЕКАХ И РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ СТАДИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА А. младенческой Б. детской В. подростковой Г. взрослой	А
37.	ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭРИТЕМЫ, ПАПУЛ, МИКРОВЕЗИКУЛ, МОКНУТИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА А. пруригинозной Б. эритемато-сквамозной В. экссудативной Г. лихеноидной	В
38.	ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛИХЕНОИДНЫХ ПАПУЛ , СУХОСТИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В СГИБАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО А. пруригинозной Б. эритемато-сквамозной В. экссудативной Г. лихеноидной	Г
39.	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА БУДЕТ _____ А. кожные пробы с аллергенами (прик-тест) Б. определение специфических IgE-антител (ИФА, Immuno	Б

	САР) В. оценка пищевого дневника Г. провокационные пробы	
40.	ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРЕН А. белый дермографизм Б. красный дермографизм В. уртикарный дермографизм Г. отсутствие дермографизма	А
41.	К ГРУППЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВДП ОТНОСЯТСЯ: 1. Бронхиальная астма 2. Аллергический ринит, вызванный пылью деревьев 3. Аллергический синусит 4. Вазомоторный ринит 5. Аллергический ларингит ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3,5 Б) 2,4 В) 2,3,5 Г) 1,2,4	В
42.	ДЛЯ ВСЕХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВДП ХАРАКТЕРНО: А) ринорея, которая возникает после контакта с эпителием/шерстью домашних животных Б) наличие у всех пациентов в анамнезе атопического дерматита В) ингаляционный путь попадания аллергена на слизистые Г) отягощенная наследственность по атопии	В
43.	ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ, ЛЕЖАЩИМ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, ЯВЛЯЕТСЯ: А) немедленная аллергическая реакция (I тип) Б) иммунологическая аллергическая реакция (III тип) В) замедленная аллергическая реакция (IV тип) Г) механизм аллергического ринита не иммунный	А
44.	ОСНОВНОЙ МЕДИАТОР АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ: А) Полипептид В Б) Ацетилхолин В) Серотонин Г) Гистамин	Г
45.	ЗАЩИТЕЛЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ ОТНОСЯТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО К: А) Ig А Б) Ig G В) Ig M Г) Ig E	Г

46.	ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО IgE МОЖЕТ БЫТЬ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: · гельминтозов · аллергического бронхолегочного аспергиллеза · атопического дерматита 4. атипичной пневмонии ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4	В
47.	РЕЦЕПТОРЫ ДЛЯ IgE ВСТРОЕНЫ В МЕМБРАНУ: 1. базофилов 2. тучных клеток 3. лимфоцитов ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,3 В) только 2 Г) 1,2,3	Г
48.	МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ IgE НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ: А) до 4 лет Б) 5-6 лет В) 12-14 лет Г) 20-40 лет	Г
49.	АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВДП ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ФИКСИРУЮТСЯ НА ТУЧНЫХ КЛЕТКАХ, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ: А) в желудочно-кишечном тракте Б) в коже В) в слизистых оболочках конъюнктивы и респираторного тракта Г) вблизи мелких кровеносных сосудов	В
50.	АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: А) играет основную роль Б) является этапом аллергологической диагностики В) не играет роли в постановке диагноза Г) имеет вспомогательное значение	Б
51.	МИКОПЛАЗМЕННЫЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) асимметрией хрипов Б) лающим кашлем В) нормальной температурой Г) затяжным течением	А
52.	ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ А) микоплазма Б) хламидия	Г

	В) легионелла Г) респираторные вирусы	
53.	ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОМ БРОНХИТЕ НЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ А) фторхинолонов Б) тетрациклинов В) рифампицина Г) глюкокортикостероидов	Г
54.	ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ А) "ржавой" Б) розовой и пенистой В) слизистой Г) стекловидной	В
55.	ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА (ЧАСТЫЙ КАШЕЛЬ ОТКРЫТЫМ РТОМ) А) абсцесс легкого Б) эмфизема легких В) плеврит Г) туберкулез	Б
56.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО БРОНХИТА ПРИМЕНЯЮТ А) теофедрин, фуросемид Б) пентамин, дигоксин В) ампициллин, амброксол Г) преднизолон, эуфиллин	В
57.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО А) сухие свистящие хрипы Б) лающий кашель В) рассеянные мелкопузырчатые хрипы Г) длительно сохраняющиеся крупно и среднепузырчатые хрипы	Г
58.	В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО БРОНХИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ А) антибиотики Б) массаж грудной клетки В) противокашлевые препараты Г) бронхолитики	Б
59.	МИКОПЛАЗМЕННЫЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) сухими свистящими хрипами Б) бронхообструктивным синдромом В) кашлем с «ржавой» мокротой Г) экспираторной одышкой	Б
60.	В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОЦИСТНОГО БРОНХИТА ИСПОЛЬЗУЮТ А) цефалоспорины Б) тетрациклины В) бисептол	В

	Г) фторхинолоны	
61.	ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ А) респираторно-синтициальный вирус Б) коронавирус В) ротавирус Г) метапневмовирус	А
62.	ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ А) первого года жизни Б) в возрасте от 1 до 3 лет В) дошкольного возраста Г) младшего школьного возраста	А
63.	К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ А) рассеянные мелкопузырчатые Б) рассеянные сухие В) локальные мелкопузырчатые Г) локальные сухие	А
64.	К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФФУЗНЫЕ _____ ХРИПЫ А) мелкопузырчатые влажные Б) сухие свистящие В) крупнопузырчатые влажные Г) разнокалиберные влажные	А
65.	РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИОЛИТОМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ВЫБИРАЕТ ТАКТИКУ А) госпитализации в стационар Б) проведения рентгенографии органов грудной клетки, назначения рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому В) назначения противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляций будесонида через небулайзер Г) проведения общеклинических анализов, рентгенографии органов грудной клетки, назначения антибиотикотерапии и противовирусных средств, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому	А
66.	БРОНХИОЛИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) сухими свистящими хрипами Б) рассеянными мелкопузырчатыми влажными хрипами В) притуплением перкуторного звука Г) разнокалиберными влажными хрипами	Б
67.	В ОСНОВЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА ЛЕЖИТ А) транзиторный отек слизистой оболочки бронхов	В

	Б) множественные ателектазы В) облитерация бронхиол одного или нескольких участков легкого Г) гиперпродукция бронхиального секрета	
68.	ОСНОВНОЙ ФИЗИКАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БРОНХИОЛИТА А) рассеянные сухие хрипы Б) локальные мелкопузырчатые хрипы В) дыхание с удлиненным выдохом Г) рассеянные мелкопузырчатые хрипы	Г
69.	В ОСНОВЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА ЛЕЖИТ А) преходящий бронхоспазм Б) облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого В) транзиторный отек слизистой бронхов Г) кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета	Б
70.	ЭПИТЕЛИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С РАЗВИТИЕМ БРОНХИОЛИТА ПОРАЖАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО А) вирусами парагриппа Б) риновирусами В) респираторно-синцитиальный вирусом Г) вирусами гриппа	В
71.	РЕБЕНКУ 12 ЛЕТ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОМУ С ДИАГНОЗОМ “ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА, АКТИВНОСТЬ I-II СТЕПЕНИ, ПОЛИАРТРИТ”, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ А) делагил + НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) Б) преднизолон + НПВП В) пенициллин + НПВП Г) пенициллин+преднизолон	В
72.	РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРЕДШЕСТВУЕТ А) острая респираторная вирусная инфекция Б) ангина В) кишечная инфекция Г) травма	Б
73.	В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ АРТРИТА «ЛЕТУЧЕГО» ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ О А) синдроме Рейтера Б) ювенильном идеопатическом артрите В) острой ревматической лихорадке Г) системной красной волчанке	В
74.	К «БОЛЬШИМ» КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ОТНОСИТСЯ	Г

	А) кардит Б) малая хорей В) полиартрит Г) узловатая эритема	
75.	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ОТНОСЯТ А) артралгии Б) ускорение СОЭ В) удлинение интервала PQ Г) неполную блокаду правой ножки пучка Гиса	Г
76.	ДИАГНОЗ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН БЕЗ ПОЛНОГО СООТВЕТСТВИЯ ПРИЗНАКОВ КРИТЕРИЯМ ДЖОНСА В СЛУЧАЕ А) хореи, диагностированной спустя несколько месяцев после стрептококкового фарингита Б) появления полиартрита через 2 недели после перенесенной ангины В) повышения в крови титра антистрептококковых антител Г) хронического тонзиллита в сочетании с клиникой пролапса митрального клапана	А
77.	БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СФОРМИРОВАВШИМСЯ ПОРОКОМ СЕРДЦА ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКУ А) 6 месяцев Б) 1 год В) 3 года Г) в течение всей жизни	Г
78.	У МАЛЬЧИКА 10 ЛЕТ БОЛЬ И ПРИПУХЛОСТЬ КОЛЕННЫХ И ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ, ТЕМПЕРАТУРА 38°C. 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
79.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) фиброзеластоз Б) системная красная волчанка В) острая ревматическая лихорадка Г) септический эндокардит	В
80.	ЕСЛИ РЕБЕНКА С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ "ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА, АКТИВНАЯ ФАЗА" НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИ, ТО ЕМУ НЕ	Г

	НАЗНАЧАЕТСЯ А) клинический анализ крови на дому Б) ЭКГ на дому В) ацетилсалициловая кислота Г) Эхо-КГ в диагностическом центре	
81.	БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д А) способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта Б) увеличивает продукцию паратгормона В) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция Г) повышает уровень щелочной фосфатазы крови	А
82.	ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕ А) 400-500 Б) 100-200 В) 700-800 Г) 900-1000	А
83.	РЕБЕНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ А) спазмофилии Б) гипервитаминоза D В) гиперкалиемии Г) тахифилаксии	А
84.	НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л А) 2,2 – 2,7 Б) 1,29 – 2,26 В) 1,2 – 2,55 Г) 1,25 – 1,35	А
85.	НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л А) 1,1 – 1,4 Б) 0,2 – 0,7 В) 3,0 – 3,3 Г) 2,2 – 2,7	А
86.	ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ А) начального периода рахита Б) гипотрофии В) полиомиелита Г) пиелонефрита	А
87.	ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ ОТ _____ ЛИНИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ГРУДИНЕ А) передней аксиллярной Б) срединноключичной	А

	В) парастеральной Г) задней аксиллярной	
88.	ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ _____ РЕБЕР А) V-VIII Б) I-III В) II-IV Г) I-IV	А
89.	КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) гипокальциемии Б) эписиндрома В) фебрильных судорог Г) дефицита железа	А
90.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ А) витамина D Б) витамина С В) витамина А Г) витаминов группы В	А
91.	РЕЖИМ ДОЗИРОВКИ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ А) 2000-2500 МЕ в течение 30 дней Б) 500 МЕ в течение 45 дней В) 500 МЕ в течение года Г) 300 МЕ в течение года	А
92.	У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 2 ДНЕЙ ОБНАРУЖЕН ЧЕТКО ВЫРАЖЕННЫЙ КРАНИОТАБЕС. ВЫ СЧИТАЕТЕ НЕОБХОДИМЫМ: А) определение КЩС Б) ограничиться наблюдением В) сделать рентгенограмму черепа Г) сразу назначить витамин Д до 5000 МЕ в сутки	Б
93.	КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: А) дефицита железа; Б) гипофосфатемии; В) гипокальциемии; Г) фебрильных судорог	В
94.	РАЗВИТИЮ РАХИТА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБСТВУЕТ: А) фенобарбитал; Б) папаверин; В) пиридоксальфосфат; Г) пенициллин	А
95.	ВИТАМИН Д: А) увеличивает продукцию паратгормона; Б) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта	Б

	В) блокирует канальцевую реабсорбцию Са Г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови	
96.	КРАНИОТАБЕС НЕ НАБЛЮДАЮТ: А) при Д-дефицитном рахите; Б) при Д-зависимом рахите; В) при остеопорозе; Г) у недоношенного и незрелого ребенка	В
97.	СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ А) спазмофилии Б) гипервитаминоза D В) рахита Г) гипотрофии	А
98.	ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО А) беспокойству, вздрагиванию Б) адинамии В) анемии Г) плохому аппетиту	А
99.	РАЗВИТИЮ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА СПОСОБСТВУЕТ: А) ацидоз Б) алкалоз В) гиперкалиемия Г) гипопротеинемия	А
100.	РАЗМЯГЧЕНИЕ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА, УПЛОЩЕНИЕ ЗАТЫЛКА У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ А) рахите Б) менингоэнцефалите В) менингите Г) энцефалите	А
101.	НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ А) рН-метрия Б) ацидотест В) фракционный метод Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду	А
102.	НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ А) одномоментное исследование по Боасу-Эвальду Б) фракционное исследование с последующим титрованием В) рН-метрия Г) ацидотест	В
103.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА А) 1 раз в год Б) 2 раза в год В) 1 раз в квартал	А

	Г) 1 раз в 2 года	
104.	HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К А) вирусам Б) грамположительным бактериям В) грамотрицательным бактериям Г) простейшим	В
105.	HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В А) теле желудка Б) антральном отделе желудка В) луковице двенадцатиперстной кишки Г) в области дна желудка	Б
106.	К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ «ПРОТОННОЙ ПОМПЫ» ОТНОСИТСЯ А) пирензипин Б) ранитидин В) фамотидин Г) омепразол	Г
107.	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ А) антациды Б) М-холинолитики В) блокаторы «протонного насоса» Г) блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа	В
108.	АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИЙ «ПРОТОННЫЙ НАСОС» ОБКЛАДОЧНЫХ КЛЕТОК ЖЕЛУДКА И СНИЖАЮЩИЙ СОДЕРЖАНИЕ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ А) эзомепразол Б) висмута трикалия дицитрат В) фамотидин Г) сукральфат	А
109.	К ПРЕПАРАТАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРОЦЕССЫ РЕГЕНЕРАЦИИ, ОТНОСЯТ А) маалокс Б) метилурацил В) альмагель Г) фосфалюгель	Б
110.	К АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ А) актовегин Б) солкосерил В) алмагель Г) облепиховое масло	В
111.	НЕ ОКАЗЫВАЕТ РЕПАРАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ А) солкосерил Б) ранитидин	Г

	В) облепиховое масло Г) алмагель	
112.	ОМЕПРАЗОЛ А) является ингибитором H ₂ -гистаминовых рецепторов Б) относится к антацидным препаратам В) уменьшает образование соляной кислоты Г) влияет на перистальтику кишечника	В
113.	ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ А) K ⁺ -Na ⁺ АТФ-азы Б) кальциевых каналов В) H ₂ гистаминовых рецепторов Г) рецепторов ангиотензина	А
114.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) дуоденогастральный рефлюкс Б) хеликобактериоз В) травма слизистой оболочки желудка Г) анацидность	Б
115.	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ А) в течение 3 лет Б) в течение 5 лет В) до перевода во взрослую сеть Г) в течение 1 года	А
116.	ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА 2-ОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В А) 1 год Б) 6 месяцев В) 3 месяца Г) 1 месяц	Б
117.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) рентгеноконтрастное исследование Б) иридодиагностика В) УЗИ Г) эндоскопия	Г
118.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ А) обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке Б) гиперацидность В) горечь во рту Г) рвота пищей, съеденной накануне, с примесью желчи	А
119.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНИТА НАИБОЛЕЕ	В

	ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ А) рентгеноскопии Б) рентгенографии В) эндоскопии Г) копрологии	
120.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) эзофагогастродуоденоскопия Б) дыхательный уреазный тест В) фракционное желудочное зондирование Г) анализ кала на скрытую кровь	А
121.	ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ А толстой кишки Б.двенадцатиперстной кишки В.тонкого кишечника Г. желудка	А
122.	ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС А. прямой кишки Б. илеоцекального отдела кишечника В. поперечно ободочной кишки Г.восходящего отдела толстой кишки	А
123.	ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН А. панколит Б. проктосигмаидит В. илеоколит Г. проктит	А
124.	ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕН У РЕБЕНКА С А. хронической (более 4 недель) диареей с кровью Б. повторными рвотами В. болями в верхней половине живота Г. упорной тошнотой	А
125.	ДЛЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО А. отсутствие потерь массы тела Б. потеря массы тела более 1 кг В. анемия легкой степени Г. стул более 6 раз в сутки	А
126.	ДЛЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО ВЫЯЛЕНИЕ	А

	А. значительной примеси крови в стуле Б. нормальной температуры В. потери массы тела до 1 кг Г. анемии 1 степени	
127.	ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО А. непрерывное воспаление с распространением поражения от прямой кишки в проксимальном направлении. Б. наличие сегментарных изменений с чередованием воспаленных и невоспаленных участков кишечной стенки В. наличие афт Г. трансмуральное воспаление	А
128.	К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСИТСЯ 1. лимфоидная гиперплазия слизистой 2. отсутствие сосудистого рисунка 3. кровоточивость (контактная, спонтанная) 4. язвы плоские, округлые полигональные, звездчатые ВЕРНЫЙ ОТВЕТ А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4	Г
129.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ А. сульфасалазин Б. преднизолон в таблетках В. преднизолон в свечах Г. инфликсимаб	А
130.	НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ С А) желчекаменной болезнью Б) болезнью Крона В) хроническим гастритом Г) энтеробиозом	Б
131.	ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ А) параректальные свищи Б) атрофические изменения слизистой тонкого кишечника В) склеротические изменения внутрипеченочных желчных протоков Г) аплазия и склероз протоков поджелудочной железы	А
132.	ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ А) неспецифического язвенного колита	Г

	Б) проктосигмоидита В) постинфекционного колита Г) болезни Крона	
133.	К ФЕРМЕНТАТИВНЫМ МИКРОСФЕРИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ А) мезим Б) фестал В) панзинорм Г) креон	Г
134.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ А) простые запоры Б) спастические запоры В) повторные кровотечения из прямой кишки Г) боли по ходу толстой кишки	В
135.	ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ А) антацидов Б) прокинетиков В) ноотропов Г) витаминов	А
136.	ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ А) неспецифическом язвенном колите и болезни Крона Б) спастическом запоре В) проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов Г) дизентерии	А
137.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ А) амилоидоз, гломерулонефрит Б) полирадикулоневрит, панкреатит В) артериальная гипертензия, эписклерит Г) узловатая эритема, артриты	Г
138.	ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ А) всего желудочно-кишечного тракта Б) только тонкой кишки В) только толстой кишки Г) только желудка	А
139.	ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН А) илеоколит Б) проктосигмоидит В) дуоденит Г) гастрит	А
140.	ВОЗМОЖНЫМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ КРОНА В	А

	АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) инвагинация (толсто-тонкокишечные) Б) желтуха В) голодная боль в эпигастрии Г) рвота	
141.	РИМСКИЕ КРИТЕРИИ IV ПЕРЕСМОТРА ОПУБЛИКОВАНЫ В ____ ГОДУ А. 2016 Б. 2006 В. 2000 Г. 1994	А
142.	В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖКТ РАССМАТРИВАЮТСЯ, КАК А. положительный диагноз Б. диагноз исключения В. ложный диагноз Г. несуществующий диагноз	А
143.	К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЯМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, ОТНОСЯТ А. младенческие колики Б. функциональный запор В. синдром циклической рвоты Г. синдром раздраженного кишечника	А
144.	К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЯМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В СТАРШЕМ ВОЗРАСТЕ, ОТНОСЯТ А. синдром раздраженного кишечника Б. функциональный запор В. синдром циклической рвоты Г. функциональная диспепсия	А
145.	МЛАДЕНЧЕСКИЕ КОЛИКИ ПРОХОДЯТ ЧАЩЕ ВСЕГО К ВОЗРАСТУ ____ МЕС А. 5 Б. 4 В. 3 Г. 2	А
146.	БОЛЬ ПРИ МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИКАХ А. висцеральная Б. соматическая В. реперкуSSIONная Г. психогенная	А
147.	МЛАДЕНЧЕСКАЯ КОЛИКИКА ОБУСЛОВЛЕНА НЕЗРЕЛОСТЬЮ А. регуляции моторики кишечника Б. таламо-кортикальных путей В. проводящих путей спинного мозга Г. ноцицептивной дуги	А

148.	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИК ВКЛЮЧАЕТ А. психологическую поддержку родителей Б. перевод на искусственное вскармливание В. использование прокинетиков Г. использование сорбентов	А
149.	ПРЕБИОТИЧЕСКИМ ШТАММОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ КОЛИК, ОТНОСИТСЯ А. Lactobacillus reuteri Б. Lactobacillus rhamnosus В. Lactobacillus acidophilus Г. Lactobacillus lactis	А
150.	К КРИТЕРИЯМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА ОТНОСИТСЯ А. указание на болезненную дефекацию или наличие плотного кала Б. запор с рождения или грудного возраста В. кровь в стуле Г. боль в животе, связанная с дефекацией	А
151.	К «СИМПТОМАМ ТРЕВОГИ» ПРИ ЗАПОРЕ ОТНОСИТСЯ А. задержка роста Б. указание на болезненную дефекацию или наличие плотного кала В. указания на сдерживание дефекации Г. указание на большой диаметр стула	А
152.	ТРИГГЕРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ А. введение прикорма Б. физическая активность В. нарушение питьевого режима Г. избыточное потребление соков	А
153.	К КОПРОСТАЗУ ПРИВОДИТ А. сдерживание дефекации Б. использование слабительных В. натуживание при дефекации Г. дефекация стоя	А
154.	ПРИ НАЛИЧИИ СПИНАЛЬНЫХ МЕТОК И НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ МОЖНО ПОДУМАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО О А. миелодисплазии Б. болезни Гиршпрунга В. целиакии Г. болезни Крона	А
155.	ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЗАПОРЕ РАЗВИВАЕТСЯ А. снижение чувствительности рецепторов толстой кишки	А

	Б. анемия В. аганглиоз толстой кишки Г. спинномозговая грыжа	
156.	ПРИ КОПРОСТАЗЕ НАЗНАЧАЮТ А. повышенные дозы слабительных Б. ферменты В. пробиотики Г. слабительные	А
157.	ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗАПОРЕ ВАЖНО А. Осуществлять дефекацию в физиологической позе Б. Заставлять ребенка пользоваться горшком В. Подобрать правильно горшок Г. Отсрочить введение прикорма	А
158.	ОСМОТИЧЕСКИЕ СЛАБИТЕЛЬНЫЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗАПОРЕ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ А. До достижения эффекта ежедневной дефекации мягким стулом и далее не менее 1 месяца Б. До достижения эффекта ежедневной дефекации стулом типа 1-2 по шкале Бристоля В. До достижения эффекта безболезненной дефекации 1 раз в 2-3 дня Г. До достижения эффекта дефекации водянистым стулом	А
159.	ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ЗАПОРА И КРОВИ В СТУЛЕ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ИСКЛЮЧИТЬ А. анальную трещину Б. целиакию В. миелодисплазию Г. ВЗК	А
160.	В РАЦИОН ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЗАПОРЕ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ А. достаточное количество клетчатки Б. избыточное количество белка В. простые углеводы Г. жиры	А
161.	ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ЯВЛЯЮТСЯ а) волдыри б) папуло-везикулы в) лихенификации г) эксфолиации	А
162.	ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЕ ЯВЛЯЮТСЯ а) волдыри б) папуло-везикулы в) лихенификации	А

	г) эксфолиации	
163.	ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ВОЛДЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) диффузный отек с захватом всех слоев дермы б) диффузный отек подкожно- жировой клетчатки в) отек сосочкового слоя дермы вследствие вазодилатации и повышения проницаемости сосудов г) рецидивирующая вазодилатация в области контакта кожных покровов с триггером	В
164.	ОСНОВНЫХ МЕДИАТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ РАЗВИТИЕ КРАПИВНИЦЫ, ЯВЛЯЕТСЯ: а) ацетилхолин б) простагландин в) гистамин г) лейкотриены	В
165.	В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОТЕКА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ а) IgE б) IgG, IgM в) Т-зависимые механизмы г) неспецифические факторы	А
166.	АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1. эпидермисе 2. в дерме и подкожно- жировой клетчатке 3. в области слизистой оболочки 4. в подслизистых тканях ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	Г
167.	ПЕРВИЧНЫЕ КОЖНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ: а) в эпидермисе б) в подкожной клетчатке в) в периваскулярной области г) в эпидермисе и дерме	А
168.	ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ПОСЛЕ РЕГРЕССИИ ОСТАВЛЯЮТ НА КОЖЕ а) мелкопластинчатое шелушение б) мелкопластинчатое шелушение и/ или пигментацию в) оставляют стойкую пигментацию г) проходят без следа	Г
169.	РЕГРЕССИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫХ	Г

	МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ а) 7 дней б) 10 дней; в) от 7 до 10 дней; г) от нескольких часов до 24 часов	
170.	РЕГРЕССИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АНГИОТЕКА ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ: а) от нескольких часов до 24 часов б) 7-10 дней в) 5 дней г) от 5 до 10 дней	А
171.	ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО А) повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям Б) склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов В) неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры Г) изменение реологических свойств мокроты	В
172.	ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ А) эозинофильная пневмония Б) бронхиальная астма В) фиброзирующий альвеолит Г) экзогенный аллергический альвеолит	Б
173.	СПИРАЛИ КУРШМАНА И КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА В МОКРОТЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ А) раке легкого Б) абсцессе легкого В) бронхиальной астме Г) туберкулезе	В
174.	«СТАРТОВАЯ» ФОРМА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ А) бытовая Б) эпидермальная В) лекарственная Г) пищевая	Г
175.	К КЛЕТКАМ-МИШЕНЯМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТНОСЯТСЯ А) тромбоциты Б) тучные клетки В) нейтрофилы Г) эндотелиоциты	Б
176.	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ РАЗВИВАЕТСЯ А) спазм гладкой мускулатуры мелких бронхов Б) отек слизистой оболочки мелких бронхов В) обтурация мелких бронхов мокротой	Г

	Г) аллергическое воспаление эпителия бронхов	
177.	ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО А) бактериальным Б) эозинофильным В) вирусным Г) нейтрофильным	Б
178.	МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ А) изменение объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV ₁) и форсированной жизненной емкости (FCV) Б) измерение максимальной скорости выдоха (PEF) В) определение общего IgE и IgG ₄ в сыворотке крови Г) кожные тесты с аллергенами и определение специфических IgE	В
179.	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) экспираторной одышкой Б) афонией В) инспираторной одышкой Г) дизурией	А
180.	ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) навязчивым сухим кашлем Б) рассеянными мелкопузырчатыми влажными хрипами В) рассеянными сухими хрипами Г) отсутствием вздутия легочной ткани	А
181.	К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ А) пыльца полыни Б) пыльца березы В) белок коровьего молока Г) домашняя пыль	Г
182.	К ТРИГГЕРНЫМ ФАКТОРАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСЯТ А) физическую нагрузку Б) холодный воздух В) резкие запахи Г) кишечную инфекцию	Г
183.	МЕДИАТОРОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) гистамин Б) интерлейкины В) простагландины Г) ацетилхолин	Г
184.	К ЭНДОГЕННЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСЯТ А) наследственную предрасположенность	В

	Б) пищевые аллергены В) генетические факторы Г) гиперреактивность бронхов	
185.	К ЭКЗОГЕННЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСЯТ А) бытовые аллергены Б) лекарственные препараты (НПВС) В) врожденные биологические дефекты Г) ингаляционные аллергены	В
186.	В ОТВЕТ НА ПОПАДАНИЕ АЛЛЕРГЕНА ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОИСХОДИТ ВЫРАБОТКА АНТИТЕЛ А) IgA Б) IgE В) IgM Г) IgG	Б
187.	ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА А) E Б) A В) M Г) G	А
188.	ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ А) эпизодов свистящих хрипов Б) приступов удушья В) боли в области сердца Г) кашля	В
189.	ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) инспираторной одышкой Б) шумом трения плевры В) рассеянными сухими свистящими хрипами Г) локальными мелкопузырчатыми хрипами	В
190.	ЗАФИРЛУКАСТ- А) является антагонистом лейкотриеновых рецепторов Б) оказывает отхаркивающее действие В) блокирует гистаминовые рецепторы Г) является ингибитором синтеза простагландинов	А
191.	ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОКСЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) повышение температуры Б) поверхностное дыхание В) повышение метаболизма Г) тахикардия	Б
192.	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ	А

	А) Streptococcus pneumoniae Б) Mycoplasma pneumoniae В) Chlamydia pneumoniae Г) Hemophilus pneumonia	
193.	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ 7-15 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ А) Chlamydia pneumoniae Б) Mycoplasma pneumoniae В) Hemophilus pneumoniae Г) Streptococcus pneumonia	Б
194.	ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ А) влажный кашель с мокротой Б) дыхательная недостаточность В) интоксикационный синдром Г) локальные хрипы и укорочение перкуторного звука	Г
195.	ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН СПУСТЯ А) 12 – 24 часа Б) 24- 36 часов В) 36-48 часов Г) 48-72 часов	В
196.	РЕБЕНОК ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ ДОСТАВЛЕН В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. БОЛЕН 3-Й ДЕНЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39,50С. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНО-СЕРЫЕ. ОДЫШКА ДО 60 В МИНУТУ, ПУЛЬС 130 В МИНУТУ. ОДНОКРАТНО БЫЛА РВОТА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ, РИТМИЧНЫЕ, ТАХИКАРДИЯ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЛЕЙКОЦИТОЗ (19Х10⁹/Л). ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ А) бронхит Б) пневмония В) синусит Г) менингит	Б
197.	РЕБЕНОК 7-МИ МЕСЯЦЕВ БОЛЕН ДЕСЯТЫЙ ДЕНЬ ОРВИ. СЕГОДНЯ УТРОМ ПОДНЯЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39,00С, ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА – 80 В МИНУТУ, КРЫЛЬЯ НОСА НАПРЯЖЕНЫ, ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ЦИАНОЗ. СЛЕВА У УГЛА ЛОПАТКИ УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ТАМ ЖЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЭТОГО РЕБЕНКА	Б

	СВЯЗАНО С РАЗВИТИЕМ А) острого бронхита Б) пневмонии В) бронхиолита Г) пиоторакса	
198.	ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА У БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ С НАЛИЧИЕМ В АНАМНЕЗЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИБИОТИКОВ А) амоксициллина Б) амоксиклава В) цефазолина Г) ципрофлоксацина	Г
199.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 1-2 дня Б) 3-5 дней В) 7-10 дней Г) 11-14 дней	Б
200.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПНЕВМОКОККОМ, В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ А) амоксициллин Б) натамицин В) фуразолидон Г) метронидазол	А
201.	ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛФК ПРИ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) уменьшение дыхательной недостаточности Б) профилактика ателектазов В) рассасывание экссудата Г) уменьшение интенсивности кашля	А
202.	ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) плевральная пункция и дренаж Б) возвышенное положение В) положение на пораженной стороне Г) интубация и искусственное дыхание	А
203.	ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ А) плевральная пункция Б) кислородотерапия В) гормонотерапия Г) ИВЛ	А
204.	ПРИ ВЛАЖНОМ КАШЛЕ С ТРУДНО ОТХОДЯЩЕЙ МОКРОТОЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ	А

	А) муколитики Б) наркотические противокашлевые средства центрального действия В) ненаркотические противокашлевые средства центрального действия Г) противокашлевые средства периферического действия	
205.	В ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ (ДОМАШНЕЙ) ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 5 ЛЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ А) пневмококк Б) пиогенный стрептококк В) стафилококк Г) клебсиелла	А
206.	ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ А) одышка Б) ослабленное дыхание В) локальная крепитация Г) многочисленные мелкопузырчатые хрипы	В
207.	ГИПЕРТЕРМИЯ И ОЗНОБ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТИПИЧНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ А) хламидийной Б) микоплазменной В) пневмоцистной Г) пневмококковой	Г
208.	ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ А) стафилококки Б) пневмоцисты В) пневмококки Г) грибы	В
209.	ПИОТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ А) пневмококковой Б) пневмоцистной В) легионеллезной Г) стафилококковой	Г
210.	СИМПТОМОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) лихорадка Б) навязчивый коклюшеподобный кашель В) умеренная одышка Г) нормальная температура	Г
211.	СТАТИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ ИНФОРМАТИВНА ДЛЯ А) оценки функционального состояния почечной паренхимы Б) постановки диагноза острого гломерулонефрита В) постановки диагноза мочекаменной болезни	А

	Г) оценки функциональное состояние мочевого пузыря	
212.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) непереносимость йода Б) почечная недостаточность В) непереносимость белков коровьего молока Г) хронический пиелонефрит в стадии ремиссии	А
213.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПРОТЕИНУРИЯ А) ортостатическая Б) фебрильная В) нефротическая Г) переполнения	А
214.	БОЛЕЕ НИЗКОЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО А) 7 лет Б) 1 года В) 3 лет Г) 6 месяцев	А
215.	ВЕС ПОЧКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА РАВЕН _____ ГРАММАМ А) 10-12 Б) 5-7 В) 33-36 Г) 40-50	А
216.	ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ А) недостаточно развитый корковый слой Б) выраженные соединительнотканые прослойки В) зрелые ферментативные системы активной секреции Г) бобовидную форму	А
217.	ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ А) дольчатый характер Б) выраженные соединительнотканые прослойки В) зрелые ферментативные системы активной секреции Г) бобовидную форму	А
218.	ПОЧКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ А) относительно большого размера Б) относительно маленького размера В) имеют бобовидную форму Г) имеют зрелую ферментативную систему	А
219.	ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ А) отёчный Б) диспепсический В) анемический Г) суставной	А

220.	ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ А) мочево́й Б) диспепсический В) анемический Г) суставной	А
221.	ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ А) дизурический Б) диспепсический В) анемический Г) суставной	А
222.	ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ А) артериальной гипертензии Б) диспепсический В) анемический Г) суставной	А
223.	СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) стеноза почечных артерий Б) нейрогенного мочевого пузыря В) камня мочевого пузыря Г) инфекции мочево́й системы	А
224.	ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПОЧЕК ИЗ ТАЗА В ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОИСХОДИТ А) внутриутробно Б) к 6 месяцам жизни В) к 1 месяцу жизни Г) к 1 году жизни	А
225.	БОЛЕЕ НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО _____ ЛЕТ А) 5-7 Б) 1-2 В) 3-4 Г) 8-10	А
226.	ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР ФИКСАЦИИ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ А) 5-7 Б) 1 -1,5 В) 2-3 Г) 8-10	А
227.	ФИЛЬТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ А) 1 года	А

	Б) 3 лет В) 5 лет Г) 7 лет	
228.	КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К _____ МЕСЯЦАМ А) 9-12 Б) 2-4 В) 7-8 Г) 5-6	А
229.	ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ А) 1-2 Б) 4-5 В) 8-10 Г) 15-20	А
230.	У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПОЧКИ А) могут пальпироваться Б) пальпироваться не должны В) пальпация почек всегда свидетельствует о патологии Г) всегда пальпируются	А
231.	ПЕРВИЧНАЯ ГИПЕРОКСАЛУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА А) нарушением метаболизма глиоксиловой кислоты Б) нарушением мембранного транспорта в почечных канальцах цистина и диаминокарбоновых кислот В) нарушением метаболизма мочевой кислоты Г) наличием у ребенка почечного тубулярного ацидоза	А
232.	ИСХОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) хроническая почечная недостаточность Б) выздоровление В) хронический гломерулонефрит Г) хронический цистит	А
233.	ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В6 МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ А) оксалурии Б) уратурии В) фосфатурии Г) цистинурии	А
234.	ПРИ НАРУШЕНИИ ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕНО ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ В ПОЧКИ А) уратов Б) оксалатов В) триптофана Г) метионина	А
235.	ЦИСТИНУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ	А

	А) наследственным Б) вторичным за счет хронической интоксикации В) бактериального генеза при пиелонефрите Г) развившимся вследствие аномалии развития почек	
236.	ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ ФОСФАТОВ ПРИ РН МОЧИ (РЕАКЦИИ МОЧИ) А) 8,0 Б) 5,0 В) 6,5 Г) 4,0	А
237.	РАСТВОРИМОСТЬ УРАТОВ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ А) щелочной реакции мочи Б) кислой реакции мочи В) нейтральной реакции мочи Г) не зависит от реакции мочи	А
238.	ПРИЧИНАМИ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) высокая резорбция кальция из костей Б) высокое содержание углеводов в пище В) инфекция мочевой системы Г) хронический гломерулонефрит	А
239.	ПРИЧИНОЙ ФОСФАТУРИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) инфекция мочевой системы Б) избыточное употребление аскорбиновой кислоты В) миелопролиферативные процессы Г) дефицит витамина В6	А
240.	УРЕАЗООБРАЗУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ В ОСНОВНОМ ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ КРИСТАЛЛОВ А) фосфатов Б) оксалата кальция В) уратов Г) цистина	А
241.	БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ В СОЧЕТАНИИ С ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ И ЛЕЙКОЦИТУРИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ А) пиелонефрита Б) цистита В) тубулоинтерстициального нефрита Г) нефротического синдрома	А
242.	ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ А) ежеквартально Б) ежегодно В) 1 раз в полгода Г) еженедельно	А
243.	ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С	А

	ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ А) ультразвукового исследования почек не реже 1 раза в год Б) рентгенографии органов грудной клетки В) общего анализа крови 1 раз в 2 недели Г) анализа крови на альдостерон и ренин	
244.	ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ А) 6 Б) 3 В) 4 Г) 1	А
245.	ДЕВОЧКА 12-ТИ ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У НЕФРОЛОГА НА ПРОТЯЖЕНИИ 5 ЛЕТ. ПЕРИОДИЧЕСКИ У НЕЕ ОТМЕЧАЕТСЯ БАКТЕРИУРИЯ, МОЧА ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ С ЛЕЙКОЦИТАРНЫМИ ЦИЛИНДРАМИ И ЛЕЙКОЦИТАМИ ДО 50-100 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДАННЫЕ СООТВЕТСТВУЮТ ЗАБОЛЕВАНИЮ А) хронический пиелонефрит Б) острый гломерулонефрит В) хронический цистит Г) хронический гломерулонефрит	А
246.	МАЛЬЧИК 4Х ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА «БЕСПРИЧИННЫЕ» ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ С 3Х ЛЕТ, ЧАСТЫЕ ОРВИ, НОЧНОЙ ЭНУРЕЗ, БЫЛ ОБСЛЕДОВАН В СТАЦИОНАРЕ. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ: НВ-115 Г/Л; ЭР $4,2 \times 10^{12}$; Л – $15,5 \times 10^9$; П-12%, С-58%, Э-4%, Л-21%, М-5%, СОЭ – 37 ММ/Ч; В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ: УД.ВЕС.1005, БЕЛОК 0,33 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ ДО 40 В П/ЗР, ЭРИТРОЦИТЫ ИЗМЕНЕННЫЕ 3-4 В П/ЗР, ГИАЛИНОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ ДО 2 В П/ЗР, БАКТЕРИИ, СЛИЗЬ. В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО: ЛЕЙКОЦИТЫ 20 000 В 1 МЛ, ЭРИТРОЦИТЫ 1000 В 1 МЛ, ЦИЛИНДРЫ 1000 В 1 МЛ. УЗИ ПОЧЕК: ПОЧКИ РАСПОЛОЖЕНЫ ПРАВИЛЬНО, УВЕЛИЧЕНЫ В РАЗМЕРАХ, ПОВЫШЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ, УПЛОТНЕН ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ЭХОКОМПЛЕКС, СЛЕВА ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНАЯ СИСТЕМА УДВОЕНА, ЧАШЕЧКИ УВЕЛИЧЕНЫ В РАЗМЕРАХ. УДВОЕНИЕ И ДЕЛЯТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА СЛЕВА. МОЖНО ДУМАТЬ О ДИАГНОЗЕ А) хронический вторичный обструктивный пиелонефрит, обострение Б) острый пиелонефрит В) хронический необструктивный пиелонефрит, обострение Г) острый нефритический синдром	А
247.	СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЕДУЩУЮ РОЛЬ	А

	ИГРАЕТ А) нарушение уродинамики Б) генетическая предрасположенность В) вирулентность микроба Г) иммунокомплексный процесс	
248.	ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ А) каналцы, интерстиций, чашечно-лоханочная система Б) клубочки В) слизистая мочевого пузыря Г) мочеточники	А
249.	ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ 1. анализ анамнеза, динамического наблюдения за состоянием ребенка и анализами мочи 2. проведение УЗИ почек и мочевого пузыря 3. проведение рентгеноурологического обследования (микционной цистографии, экскреторной внутривенной урографии по показаниям) 4. определение уровня общего белка в крови ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	В
250.	ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О А) инфекции в мочевой системе Б) аномалии развития органов мочевой системы В) гломерулонефрите Г) тубуло-интерстициальном нефрите обменного генеза	А
251.	ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ НА ____ ДЕНЬ ЖИЗНИ А) 4-5 Б) 7-8 В) 14-21 Г) 21-28	А
252.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА МВТР (ТРАНСМЕМБРАННОГО РЕГУЛЯТОРА МУКОВИСЦИДОЗА) В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) N1303K Б) del F 508 В) 2143 del T Г) W1282 X	Б
253.	НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л А) 100-150	В

	Б) 80-100 В) 40-60 Г) 150-200	
254.	К ОСЛОЖНЕНИЯМ МУКОВИЦИДОЗА СО СТОРОНЫ ЖКТ ОТНОСЯТСЯ: 1. мекониальный илеус 2. пролапс прямой кишки 3. МВ-зависимый диабет 4. развитие язвенно-некротического колита ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	В
255.	К ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МУКОВИСЦИДОЗА МОЖНО ОТНЕСТИ: 1. бесплодие 2. злокачественные опухоли 3. симптом барабанных палочек 4. умственная отсталость ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	А
256.	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МИКРООРГАНИЗМАМ, КОЛОНИЗИРУЮЩИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ: 1. синегнойная палочка (<i>Pseudomonas aeruginosa</i>) 2. пневмококк (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) 3. золотистый стафилококк (<i>staphylococcus aureus</i>) 4. гемофильная палочка (<i>H. Influenza</i>) ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3,4 Г) 1,2,4	Г
257.	ХЛОРИДНЫЙ КАНАЛ (CFTR), НАХОДЯЩИЙСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК, ОБЕСПЕЧИВАЕТ: 1. правильное движение воды и солей через клеточную мембрану 2. создание условий для бактериальной колонизации 3. поддержание нормального состава секрета воздухоносных путей 4. CFTR снижает защитную функцию дыхательных путей ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	А

258.	К РЕСПИРАТОРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ОТНОСЯТСЯ: 1. пневмоторакс 2. кровохарканье 3. ларингит 4. пневмония, бронхоэктазы ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3,4 Г) 1,2,4	Г
259.	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА ПУТЕМ ПОТОВОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ: А) содержание ионов хлора выше 60 ммоль/л и натрия — выше 70 ммоль/л Б) содержание ионов хлора выше 40 ммоль/л и натрия — выше 30 ммоль/л В) содержание ионов хлора выше 20 ммоль/л и натрия — выше 40 ммоль/л Г) потовый тест не является достоверным методом диагностики муковисцидоза	А
260.	ОСТРЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ А) уровень иммуноглобулина G Б) мочевины В) С-реактивный белок Г) сиаловая реакция	Б
261.	ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО (ИНФЕКЦИОННОГО) КАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО А) лихорадка Б) отеки нижних конечностей В) увеличение СОЭ Г) гиперкоагуляция	Б
262.	В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТВИРУСНОГО МИОКАРДИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ А) рентгенограмма сердца Б) ФКГ В) реограмма Г) исследование внешнего дыхания	А
263.	ПРИ ПОСТВИРУСНОМ МИОКАРДИТЕ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ А) кофеин Б) кордиамин В) дигоксин Г) индерал (анаприлин)	В
264.	ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКУЮ КАРДИОПАТИЮ (ДИСТРОФИЮ МИОКАРДА) ПРИ ПНЕВМОНИИ	Г

	ХАРАКТЕРИЗУЕТ А) нарушение проводимости (удлинение PQ) Б) перегрузка левого желудочка В) блокада левой ножки пучка Гиса Г) снижение зубца Т	
265.	ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ А) аллергических реакций Б) эндокринных заболеваниях В) сепсисе и остеомиелите Г) избыточном употреблении белковой пищи	Г
266.	К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ _____ ГИПЕРТЕНЗИЯ А) артериальная Б) легочная В) портальная Г) внутричерепная	Б
267.	СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ А) 1 до 3 дней Б) 1 до 3 недель В) 1 до 3 месяцев Г) 1 до 3 лет	В
268.	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ А) 3 лет Б) ½ года В) 1 года Г) 5 лет	А
269.	ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ А) увеличение фракции выброса Б) снижение фракции выброса В) наличие вегетаций на клапанах Г) уменьшение полостей сердца	Б
270.	ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ А) наличие вегетации на клапанах Б) уменьшение полостей сердца В) снижение фракции выброса Г) пролабирование створок митрального клапана в полость левого желудочка	В
271.	КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ А) локализуется за грудиной, иррадиирует в левое плечо, надключичную область Б) локализуется в области верхушки, без иррадиации,	А

	различной продолжительности В) любой локализации и иррадиации, острая, быстро нарастает Г) локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности	
272.	ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) уменьшение в положении с запрокинутой головой Б) уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении В) усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед Г) усиление в положении на спине, левом боку, при движении	Г
273.	ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ А) над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический Б) над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический В) в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения Г) на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический	В
274.	ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) значительный объем выпота Б) небольшой объем выпота В) развитие фибринозного перикардита Г) частое развитие тампонады сердца	Б
275.	ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО А) отсутствие смещения границ сердца Б) смещение левой границы сердца кнаружи В) смещение правой границы сердца Г) смещение верхней границы сердца	А
276.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И А) перикардиоцентез Б) рентгенография органов грудной клетки В) эхокардиография Г) магниторезонансная томография сердца	В
277.	ПРИ ГИДРОПЕРИКАРДЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ЗАПОЛНЕНА А) экссудатом Б) трансудатом	Б

	В) лимфой Г) кровью	
278.	ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ А) смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии Б) патологический зубец Q В) синусовая брадикардия Г) увеличение общего вольтажа QRS	А
279.	ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ А) смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии Б) патологический зубец Q В) синусовая брадикардия Г) уменьшение общего вольтажа QRS	Г
280.	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ А) отрицательный зубец Т в нескольких отведениях Б) положительный зубец Т в нескольких отведениях В) снижение сегмента ST в грудных отведениях Г) подъем сегмента ST в нескольких отведениях	А
281.	РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА С А) хлоридом кальция 5% Б) эуфиллином 2% В) папаверином 1% Г) сернокислой магнезией 4%	А
282.	РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В ВИДЕ А) седативных растительных сборов утром и вечером Б) седативных растительных препаратов утром и тонизирующих препаратов в вечернее время В) тонизирующих растительных сборов утром и вечером Г) тонизирующих растительных препаратов утром и седативных растительных препаратов в вечернее время	Г
283.	К СЕДАТИВНЫМ ТРАВАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ А) шалфей Б) лимонник В) аралия Г) женьшень	А
284.	ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЙ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА ОСОБЕННОСТЯМИ ВЛИЯНИЯ НА СЕРДЦЕ	А

	ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВИДЕ А) повышения тонуса симпатической Б) повышения тонуса парасимпатической В) снижения тонуса симпатической Г) снижения тонуса парасимпатической	
285.	ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ А) отсутствие изменения частоты пульса Б) урежение пульса на 20-50% В) учащение пульса на 20-25% Г) учащение пульса на 40-50%	В
286.	ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ПРОБЕ МАРТИНЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ ____ МИН. А) 3 Б) 5 В) 7 Г) 9	А
287.	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПО ПАРАСИМПАТИКОТОНИЧЕСКОМУ (ВАГОТОНИЧЕСКОМУ) ТИПУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТСЯ: А) тахикардия, повышения артериального давления Б) брадикардия, понижение артериального давления В) бледность и сухость кожи Г) блеск глаз, экзофтальм	Б
288.	ДЛЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПО ПАРАСИМПАТИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНО: А) белый дермографизм Б) гипомоторный мочевого пузыря В) артериальная гипертензия Г) артериальная гипотензия	Г
289.	РАЗВИТИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ: А) наследственность Б) перинатальная гипоксия В) железодефицитная анемия Г) хроническая очаговая инфекция	А
290.	ДЛЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПО СИМПАТИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНО: А) мраморность кожных покровов Б) артериальная гипотензия В) редкие обильные мочеиспускания Г) спастические запоры	В
291.	ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ККАЛ/КГ/СУТКИ	А

	А) 115 Б) 120 В) 110 Г) 100	
292.	СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/100 МЛ А) 1,0 Б) 2,0 В) 1,5 Г) 2,2	А
293.	ПРИ I СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ У МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ А) увеличить число кормлений грудью Б) назначить докорм В) ввести прикорм Г) отказаться от ночных кормлений	А
294.	ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ УСВОЕНИЯ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ А) 2 : 1 Б) 1 : 1 В) 1 : 2 Г) 3 : 2	А
295.	ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 10–12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ККАЛ/КГ/СУТКИ А) 110 Б) 120 В) 115 Г) 100	А
296.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ А) фенилкетонурия Б) недоношенность В) гемолитическая болезнь новорожденного Г) оперативное родоразрешение	А
297.	ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ А) высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот Б) низкое содержание железа В) высокий уровень белка Г) низкое содержание углеводов	А
298.	КОРМЛЕНИЕ МОЛОКОМ МАТЕРИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ А) приеме матерью цитостатиков Б) приеме матерью антибиотиков В) ВИЧ у матери Г) сахарном диабете у матери	А

299.	1-Я СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО ____ (%) А) 25 Б) 10 В) 20 Г) 30	А
300.	ДЕФИЦИТ МОЛОКА (%) ПРИ 2-Й СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ СОСТАВЛЯЕТ ДО А) 50 Б) 40 В) 30 Г) 20	А

**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:

Факультетская педиатрия

5 курс

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

по специальности: 31.05.02 – Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

№	ВОПРОС	ВЕРНЫЙ ОТВЕТ
301.	ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ ДО _____ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ А) 2-х Б) 3-х В) 4-х Г) 6-ти	В
302.	ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО А) 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми Б) 1 года из 1000 живорожденных В) 2 лет из 1000 живорожденных Г) 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми	Б
303.	ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ А) галактоземию Б) синдром Дауна В) синдром Нунан Г) врожденную тирозинемию	А
304.	НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ А) атрезии пищевода Б) врожденного порока сердца В) муковисцидоза Г) тиреотоксикоза	В
305.	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ А) перевести новорожденных в наблюдательное отделение и назначить лечение Б) немедленно перевести новорожденных в соответствующий стационар В) оставить новорожденных на месте, назначив лечение Г) перевести новорожденных в отделение патологии новорожденных после проведенного лечения	Б
306.	ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	Б

	РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ С А) 20-24 Б) 22-24 В) 24-26 Г) 26-28	
307.	ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НОВорожденного ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА В СТАЦИОНАР ОПРЕДЕЛЯЕТ А) главный врач родильного дома Б) заведующий отделением новорожденных родильного дома В) главный врач стационара Г) заведующий отделением новорожденных стационара	Б
308.	ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВорожденных РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА БЫТЬ ____ % А) 20-30 Б) 40-50 В) 55-60 Г) 70-80	В
309.	ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВорожденный, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В _____ НЕД. А) 22-37 Б) 28-37 В) 36-40 Г) 38-42	Г
310.	ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА А) IgM Б) IgG В) IgA Г) IgE	Б
311.	КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВорожденных ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ А) IgA	А

	Б) IgM В) IgG Г) IgE	
312.	ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ А) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается Б) увеличивается В) уменьшается Г) не изменяется	В
313.	ХАРАКТЕРНА ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ А) рвоте и жидком стуле Б) гипертермии В) выраженной одышке Г) потливости	А
314.	ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ А) внутривенного введения больших объемов жидкости Б) снижения секреции антидиуретического гормона В) терапии диуретиками Г) врожденной гиперплазии коры надпочечников	Г
315.	ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ А) оценить цвет кожных покровов Б) оценить частоту сердечных сокращений В) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски Г) ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое	В
316.	В ТЕПЛОЕ ВРЕМЯ ГОДА ПРОГУЛКИ СО ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ С ____ ДНЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ А) 1 Б) 5 В) 7	А

	Г) 10	
317.	НОВорожденным с экстремально низкой массой тела является младенец, родившийся с массой тела менее _____ Г А) 1000 Б) 1200 В) 1500 Г) 1750	А
318.	НОВорожденным с очень низкой массой тела является младенец, родившийся с массой тела менее _____ Г А) 1500 Б) 2000 В) 2500 Г) 2750	А
319.	Ребенком с низкой массой тела считается новорожденный с массой _____ Г А) менее 1000 Б) 1000-1500 В) 1500-2500 Г) 2500-3000	В
320.	Средняя масса тела доношенного ребенка при рождении составляет _____ Г А) 2500-3000 Б) 3000-3500 В) 3500-4000 Г) 4000-4500	Б
321.	У доношенного ребёнка масса тела при рождении должна быть не ниже _____ Г А) 2000 Б) 2300 В) 2500 Г) 2800	В
322.	Чрезмерно крупным ребенком считается новорожденный с массой тела более _____ Г	В

	А) 3500 Б) 4000 В) 4500 Г) 5000	
323.	ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ 1 СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 5-10 Б) 10-20 В) 20-30 Г) 30-40	Б
324.	ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ ____% А) 10-15 Б) 15-20 В) 20-30 Г) более 30	Г
325.	СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ А) 32-34 Б) 36-38 В) 28-30 Г) 30-32	А
326.	СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЮТ А) 30-32 Б) 32-34 В) 34-36 Г) 36-38	Б
327.	СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В СМ) ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 34-36 Б) 30-32 В) 32-34 Г) 36-38	А
328.	СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО	В

	НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ А) 30 - 35 Б) 40 – 55 В) 55 – 65 Г) 70 – 85	
329.	СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА (В СМ) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ А) 45-47 Б) 48-49 В) 50-52 Г) 53-55	В
330.	ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ _____ СМ А) 43 Б) 45 В) 48 Г) 50	Б
331.	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА _____ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) персистенция других герпесвирусных инфекций Б) реактивация латентной инфекции В) возникновение первичной ЦМВИ во время беременности Г) применение гормональной терапии у беременной	В
332.	ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ А) при прохождении плода по родовым путям Б) восходящий В) через половые клетки отца и матери Г) трансплацентарный	Г
333.	КОНЬЮНКТИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ _____ ИНФЕКЦИИ А) хламидийной Б) токсоплазменной В) микоплазменной Г) герпетический	А

334.	КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ А) токсичность возбудителя Б) срок внутриутробного поражения В) путь проникновения инфекции Г) состояние реактивности организма плода	Б
335.	РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ НА КОЖЕ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО ХАРАКТЕРА. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ А) токсическая эритема новорожденных Б) переносимость В) внутриутробная инфекция Г) монголоидные пятна	В
336.	ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ А) макролиды Б) полусинтетические пенициллины В) аминогликозиды Г) цефалоспорины	А
337.	ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ МАССО-РОСТОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ, РАВНЫЙ А) 50-55 Б) 60-65 В) 55-60 Г) 45-50	А
338.	ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ А) увеличение размеров большого родничка Б) шелушение кожи В) наличие «монголоидных» пятен Г) выраженная пушковость на коже	Г
339.	ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО ____ НЕДЕЛЬ А) 37 Б) 38 В) 39	А

	Г) 40	
340.	К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ А) легкое нагрубание грудных желез Б) наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку В) обильный пушок на коже Г) четкие складки на поверхности стопы	В
341.	КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО — ЭТО А) судороги Б) ограничение активных движений в пораженной конечности В) отек, увеличение сустава в объеме Г) болезненность при пассивных движениях	А
342.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С А) «монголоидным пятном» Б) рожистым воспалением В) кальцинозом Г) адипонекрозом	Б
343.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА — ЭТО А) гемофильная палочка (<i>Haemophilus influenzae</i>) Б) пневмококк (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) В) гемолитический стрептококк (<i>Streptococcus agalactiae</i>) Г) кишечная палочка (<i>Escherichia coli</i>)	В
344.	РАННИМ СИМПТОМОМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ А) вынужденное положение конечности Б) мозговой крик В) поза на боку с запрокинутой головой Г) гиперестезия кожных покровов	Г
345.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО	А

	ЯВЛЯЕТСЯ А) стрептококк группы В (<i>Streptococcus agalactiae</i>) Б) золотистый стафилококк (<i>Staphylococcus aureus</i>) В) энтеробактер (<i>Enterobacter</i>) Г) гемофильная палочка (<i>Haemophilus influenza</i>)	
346.	РАННИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО МАНИФЕСТИРУЕТ А) в первую неделю жизни ребенка Б) в первые 72 часа жизни ребенка В) с момента рождения ребенка Г) в первые 3 месяца жизни	Б
347.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ" _____ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО А) кожный Б) кишечный В) пупочный Г) отогенный	В
348.	ИЗ ФОРМ ОМФАЛИТОВ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ВСТРЕЧАЕТСЯ: 1. Флегмонозный; 2. Некротический; 3. Фунгус пупка; 4. Катаральный ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	Б
349.	К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЁННЫХ МОЖНО ОТНЕСТИ 1. Везикулопустулез; 2. Псевдофурункулез Фингера; 3. Гнойный омфалит; 4. Врождённый свищ пупка. ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	В
350.	НАГРУБАНИЕ, АССИМЕТРИЧНАЯ	А

	ГИПЕРЕМИЯ, МЕСТНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНЫХ ЖЕЛЁЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ: А) Гнойном мастите новорождённого Б) Физиологическое нагрубание грудных желёз (мастопатия) В) Адипонекроз Г) Половой криз	
351.	ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА, КАК 1. Молочница (кандидозный стоматит); 2. Гнейс; 3. Грибковый сепсис; 4. Кандидоз кожи. ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,4 Б) 2,3 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	А
352.	ПРИ НАЛИЧИИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО: 1. Частое ущемление; 2. Расхождение прямых мышц живота и широкое пупочное кольцо; 3. Приступы боли в околопупочной области, что вызывает резкое беспокойство ребёнка; 4. Отсутствие каких-либо клинических симптомов. ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	Б
353.	ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБЛАСТЬЮ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА, У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. Омфалоцеле; 2. Свищ пупка; 3. Омфалит; 4. Гастрошизис; ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,4 Г) 1,2,3,4	В
354.	ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ОМФАЛИТА У	А

	НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА: 1. Антибактериальная терапия; 2. Наложение мазевой повязки (Левомеколь); 3. Гормональная терапия; 4. Физиолечение (электрофорез с антибиотиком). ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,2 Б) 3,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	
355.	ТАКТИКА ТЕРАПИИ ФУНГУСА ПУПКА У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ВКЛЮЧАЕТ 1. Оперативное удаление; 2. Антибактериальную терапию; 3. Прижигание перекисью водорода; 4. Использование ляписного карандаша местно; ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,4 Б) 2,3 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	А
356.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФЛЕГМОНОЗНОГО ОМФАЛИТА У НОВОРОЖДЁННОГО НЕХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ А) Отёк и инфильтрация окружающей ткани; Б) Наличие флебита пупочной вены; В) Плотная корочка с подрывными краями; Г) Длительная кровоточивость пупочной ранки.	Г
357.	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ А) <i>Staphylococcus aureus</i>; Б) <i>Streptococcus pneumoniae</i>; В) <i>Streptococcus agalactiae</i> (Стрептококк группы В); Г) <i>Candida albicans</i>.	В
358.	К СТАФИЛОДЕРМИЯМ МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: А) эксфолиативного дерматита Риттера; Б) пузырьчатки новорожденных; В) везикулопустулеза; Г) рожи.	Г
359.	К ГРУППЕ ПИОДЕРМИЙ ОТНОСИТСЯ:	Г

	А) потница; Б) опрелости; В) омфалит; Г) пузырчатка новорожденных.	
360.	У НОВОРОЖДЕННОГО ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА НЕОТЛОЖНО НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ВСЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ: А) группы крови ребенка и матери; Б) общего билирубина пуповинной крови; В) уровня гемоглобина; Г) уровня аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы.	Г
361.	НЕКОНЪЮГИРОВАННАЯ (НЕПРЯМАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ: А) желтухе материнского молока; Б) муковисцидозе; В) синдроме сгущения желчи; Г) галактоземии.	А
362.	У РЕБЕНКА А(II) ГРУППА КРОВИ, У МАТЕРИ 0(I). СОСТОЯНИЕ ПРИ РОЖДЕНИИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ЖЕЛТУХА ПОЯВИЛАСЬ НА 3-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ. ПЕЧЕНЬ ВЫСТУПАЕТ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 1,5 СМ, СЕЛЕЗЕНКА – У КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. НА 4-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ В АНАЛИЗЕ КРОВИ: СВОБОДНЫЙ БИЛИРУБИН 66 МКМОЛЬ/Л, СВЯЗАННЫЙ - 7,3 МКМОЛЬ/Л, ГЕМОГЛОБИН – 160 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ – $3,0 \times 10^{12}/\text{Л}$, ЛЕЙКОЦИТЫ – $15 \times 10^9/\text{Л}$. КАКОЙ ДИАГНОЗ У ДАННОГО РЕБЕНКА? А) транзиторная физиологическая желтуха новорожденных; Б) анемия Минковского-Шофара; В) гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма; Г) гемолитическая болезнь новорожденного, анемическая форма.	А
363.	НОВОРОЖДЕННЫЙ ОТ 1-Й БЕРЕМЕННОСТИ, ЗДОРОВ. У РЕБЕНКА КРОВЬ РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ, У МАТЕРИ - РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. ИММУНОГЛОБУЛИН	А

	ЧЕЛОВЕКА АНТИРЕЗУС RhO[D] СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ МАТЕРИ: А) в течение первых 24 ч после родов; Б) не позднее 5 дней после родов; В) в I триместре последующей беременности; Г) в III триместре последующей беременности.	
364.	ТРАНЗИТОРНАЯ ЖЕЛТУХА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ БИЛИРУБИНА _____ МКМОЛЬ/Л А) 30-40; Б) 41-50; В) 51-60; Г) 61-70	В
365.	ПО ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1. Отмена грудного вскармливания 2. Внутривенное введение иммуноглобулинов 3. Высокодозная фототерапия в непрерывном режиме 4. Заменное переливание крови ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,4 Г) 2,3	Г
366.	К ПРИЧИНАМ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСИТСЯ 1. Желтуха, обусловленная грудным вскармливанием 2. Физиологическая желтуха новорожденного 3. Неонатальный сепсис 4. Синдром Жильбера ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	В
367.	КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛТУХ НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЕТ: 1. Гемолитические 2. Печеночные	Г

	3. Транзиторные 4. Механические ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	
368.	ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ: 1. Появление желтухи в первые сутки жизни 2. Максимальная интенсивность к 14 дню жизни 3. Отсутствие гепатолиенального синдрома 4. Максимальный уровень общего билирубина не больше 256 мкмоль/л ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 1,2,3,4	Г
369.	КРИТЕРИЕМ ХОЛЕСТАЗА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Ахоличный стул 2. Повышение АСТ, АЛТ 3. Повышение ГГТ 4. Наличие сосудистых звездочек на коже ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3	А
370.	КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НОВОРОЖДЕННОГО: ЯРКАЯ ЖЕЛТУХА, ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, КОЖНЫЙ ЗУД, ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ. О КАКОМ ДИАГНОЗЕ МОЖНО ДУМАТЬ? 1. Атрезия внепеченочных желчных протоков 2. Синдром Алажиля 3. Синдром Жильбера 4. Физиологическая желтуха новорожденного ВЕРНЫЙ ОТВЕТ А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 3,4	В

371.	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ: А) Зеленый оттенок кожного покрова Б) Появление в первые сутки жизни В) Нормальные размеры селезенки Г) Ахолию кала	В
372.	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ: А) Сохранение желтухи более 2 недель Б) Отсутствие желтушности кожи стоп и ладоней В) Угасание желтухи к 10 суткам жизни Г) Нарастание желтухи к 3 суткам жизни	А
373.	ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ: А) Удовлетворительное состояние ребенка Б) Отсутствие клинико-лабораторных признаков анемии или полицитемии В) Цвет кожных покровов может быть желтым, лимонным, с зеленым оттенком Г) Размеры печени и селезенки не увеличены	В
374.	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ: А) Мелена Б) Оπισотонус В) Олигоурия Г) Звездчатая сыпь на коже	Б
375.	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ: А) Почасовой прирост билирубина в первые сутки более 6,8 мкмоль/л/час Б) Зеленый оттенок кожного покрова В) Сниженную концентрацию гемоглобина в крови Г) Относительную долю прямой фракции менее 20%	Г
376.	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ	Б

	ПРИ: А) Фетальном гепатите Б) Гемолитической болезни В) Синдроме Дубина-Джонсона Г) Механической желтухе	
377.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: А) Фототерапия Б) Прием фенobarбитала В) Назначение гепатопротектора Г) Проведение инфузионной терапии	А
378.	НЕЙТРОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СЧИТАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО НЕЙТРОФИЛОВ МЕНЕЕ _____ КЛЕТОК В МИКРОЛИТРЕ А. 1500 Б. 2000 В. 2500 Г. 3000	А
379.	НЕЙТРОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА СЧИТАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО НЕЙТРОФИЛОВ МЕНЕЕ _____ КЛЕТОК В МИКРОЛИТРЕ А. 1000 Б. 1500 В. 2000 Г. 2500	А
380.	К ГРАНУЛОЦИТАМ ОТНОСЯТСЯ А. нейтрофилы, базофилы, эозинофилы Б. лимфоциты, моноциты В. тромбоциты, эритроциты Г. макрофаги, плазмоциты	А
381.	К АГРАНУЛОЦИТАМ ОТНОСЯТСЯ А. лимфоциты, моноциты Б. нейтрофилы, базофилы, эозинофилы В. макрофаги, плазмоциты Г. тромбоциты, эритроциты	А
382.	ДО 5 ЛЕТ ЖИЗНИ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ	А

	ПРЕОБЛАДАНИЕ А. лимфоцитов Б. нейтрофилов В. эозинофилов Г. моноцитов	
383.	НЕЙТРОПЕНИЮ СЧИТАЮТ ОСТРОЙ ДО _____ МЕСЯЦЕВ С МОМЕНТА ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА А. 3 месяцев Б. 6 месяцев В. 9 месяцев Г. 12 месяцев	А
384.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ НЕЙТРОПЕНИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ А. лимфоцитоз Б. тромбоцитоз Г. эритроцитоз Д. эозинофилию	А
385.	ВРОЖДЕННЫЕ НЕЙТРОПЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАЛИЧИЕМ В КОСТНОМ МОЗГЕ ОБРЫВА СОЗРЕВАНИЯ НА УРОВНЕ А. промиелоцитов Б. мегакариоцита В. эритробласта Г. метамиелоцита	А
386.	ТЯЖЕЛЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ НЕЙТРОПЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ПОВТОРНЫХ _____ ИНФЕКЦИЙ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ А. бактериальных Б. вирусных В. грибковых Г. паразитарных	А
387.	ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ МЕТИЛМАЛОНОВОЙ КИСЛОТЫ И/ЛИ ГОМОЦИСТЕИНА УКАЗЫВАЕТ НА НЕДОСТАТОЧНОСТЬ А. витамина В12 или фолиевой кислоты Б. железа В. меди Г. цинка	А
388.	РИСК ИНФЕКЦИИ ВЫСОКИЙ ПРИ	А

	А. синдроме Костмана Б. транзиторной неонатальной нейтропении В. гиперспленизме Г. хронической аутоиммунной доброкачественной нейтропении	
389.	РИСК ИНФЕКЦИИ НИЗКИЙ ПРИ А. гиперспленизме Б. транзиторной неонатальной нейтропении В. синдроме Костмана Г. хроническом лимолейкозе	А
390.	ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙТРОПЕНИЙ – ПОДДЕРЖАНИЯ АБСОЛЮТНОГО ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ НА УРОВНЕ ВЫШЕ _____ КЛЕТОК В МИКРОЛИТРЕ А. 1000 Б. 500 В. 2000 Г. 3000	А
391.	ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТВЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ТЯЖЕЛЫХ НЕЙТРОПЕНИЯХ ПРОВОДЯТ А. трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток Б. лечение цитостатиками В. лечение моноклональными антителами Г. спленэктомию	А
392.	ВАКЦИНАЦИЯ ИНАКТИВИРОВАННЫМИ ВАКЦИНАМИ ПАЦИЕНТАМ С НЕЙТРОПЕНИЯМИ А. проводится согласно календарю вакцинации Б. противопоказана В. проводится при абсолютном числе нейтрофилов более 500 (800) клеток в микролитре Г. проводится при абсолютном числе нейтрофилов более 2000 клеток в микролитре	А
393.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) ультразвуковое исследование поджелудочной железы Б) копрологграмма	В

	В) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови Г) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта	
394.	ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ А) кишечной инфекции Б) муковисцидозе В) скарлатине Г) колите	Б
395.	ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ А) уровень панкреатической амилазы сыворотки крови Б) уровень глюкозы сыворотки крови В) уровень холестерина сыворотки крови Г) уровень кальция сыворотки крови	А
396.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ А) фиброэластометрия Б) панкреатохолангиография В) ангиография Г) гепатобилисцинтиграфия	Б
397.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ А) креон Б) холензим В) гептрал Г) омез	А
398.	К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ А) антибиотики Б) ферменты (креон, панкреатин) В) холинолитики (атропин, платифиллин) Г) ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)	Г

399.	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) рвота Б) изжога В) запор Г) зуд кожи	А
400.	ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ А) амилазы Б) белка В) холестерина Г) калия	А
401.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) общий анализ крови Б) биохимический анализ крови В) общий анализ мочи Г) копрограмма	Б
402.	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) амилаземия Б) гипопроотеинемия В) гипербилирубинемия Г) гиперурикемия	А
403.	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) гипопроотеинемия Б) гипербилирубинемия В) гиперурикемия Г) липаземия	Г
404.	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) уробилиногенурия Б) амилазурия В) протеинурия Г) кристаллурия	Б
405.	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО	А

	ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ А) ферментов в крови Б) белка в крови В) белка в моче Г) глюкозы в крови	
406.	УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ А) амилореей Б) стеатореей В) креатореей Г) миореей	В
407.	ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНОГО РОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ - ЭТО А) первые 3 года жизни Б) первый год жизни В) периоды вытяжения Г) от 3 до 7 лет	А
408.	ОСОБЕННОСТЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) гладкая поверхность Б) бугристая поверхность В) достаточное количество долей и долек Г) малое количество островков Лангерганса	А
409.	В СЛЮНЕ СОДЕРЖИТСЯ ФЕРМЕНТ А) амилаза Б) лактаза В) протеаза Г) мальтаза	А
410.	ЖИРЫ РАСЩЕПЛЯЕТ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО СОКА А) эластаза Б) лактаза В) липаза Г) сахараза	В
411.	БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА-РИВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ А) аппендицита	Г

	Б) эзофагита В) холецистита Г) панкреатита	
412.	ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ А) панкреатин Б) макрогол В) эзомепразол Г) лоперамид	А
413.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНИМАЮТ А) апротинин Б) панкреатин В) лигнин гидролизный Г) атропин	Б
414.	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ОТНОСИТСЯ: А) Механическая желтуха Б) Острая почечная недостаточность В) Парез кишечника Г) Острая сердечная недостаточность	Г
415.	ДЛЯ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОПРОГРАММЕ НЕ ХАРАКТЕРНО: А) Стеаторея 1 типа Б) Креаторея В) Амилорея Г) Стеаторея 2 типа	Г
416.	ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ: А) Белок Б) Холестерин В) Калий Г) Амилаза	Г
417.	ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО: А) Боли иррадиируют в спину Б) Боли постоянные	В

	В) Боли стихают в положении лежа Г) Острое начало	
418.	ОСНОВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ: А) Д-клетки Б) РР-клетки В) А-клетки Г) бластные клетки	Г
419.	ТЕРАПИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ: А) Нейролептики Б) Жидкие антациды В) Баралгин Г) Глюкозо-новокаиновую смесь	А
420.	К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ А) снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов Б) замедление времени свертывания В) одинаковое время свертывания, как у взрослых Г) удлинение времени кровотечения	А
421.	ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ___ МИНУТ А) 2-4 Б) 5-7 В) 8-9 Г) 10-12	А
422.	В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) повышение проницаемости стенки сосуда Б) разрыв стенки сердца В) разрыв стенки сосуда Г) разъедание стенки сосуда	А
423.	ЧАСТЬ КОСТИ, ЯВЛЯЮЩАЯСЯ КРОВЕТВОРНЫМ ОРГАНОМ А) красный костный мозг Б) желтый костный мозг В) надкостница	А

	Г) хрящ	
424.	В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ А) раздражения мегакариоцитарного ростка Б) нормального числа мегакариоцитов В) угнетения мегакариоцитарного ростка Г) близкого к нормальному числу мегакариоцитов	А
425.	В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ А) нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию Б) гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию В) нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза Г) нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию	А
426.	СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ А) Шенлейн-Геноха Б) Рендю-Ослера-Вебера В) фон Виллебрандта Г) Вискотта-Олдрича	А
427.	НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ _____ СИСТЕМЫ А) свёртывающей Б) иммунной В) дыхательной Г) пищеварительной	А
428.	ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ А) коагулограмму Б) миелограмму В) биохимический анализ крови Г) клинический анализ крови	А
429.	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ	А

	А) геморрагический Б) гипертензионный В) судорожный Г) отечный	
430.	ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) гематом Б) экхимозов В) петехий Г) папул	А
431.	ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) кровоизлияний в суставы и мышцы Б) множественных экхимозов В) единичных петехий Г) паулезной сыпи	А
432.	ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) посттравматических кровотоений Б) единичных экхимозов В) папулезной сыпи Г) множественных петехий	А
433.	ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) коагулопатий Б) тромбоцитопатий В) тромбоцитопений Г) васкулита	А
434.	ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ А) обширность и глубину геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках Б) выраженность сердечной и дыхательной недостаточности В) выраженность болевого синдрома и цвет кожных покровов Г) степень обезвоживания, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания	А

435.	ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ А) степень и скорость кровопотери Б) выраженность сердечной недостаточности В) выраженность отеков Г) степень обезвоживания	А
436.	ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ А) степень снижения активности факторов свертывающей системы Б) выраженность сердечной недостаточности В) выраженность болевого синдрома Г) степень обезвоживания	А
437.	ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ А) синячково-гематомный Б) петехиально-пятнистый В) васкулитно-пурпурный Г) гематомный	А
438.	КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ _____ $\times 10^9/\text{л}$ А) 150-300 Б) 100-120 В) 310-350 Г) 400-500	А
439.	КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ _____ $\times 10^9/\text{л}$ А) 100 Б) 200 В) 50 Г) 150	А
440.	ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В А) сниженной активности естественных антикоагулянтов Б) повышенной функциональной активности	А

	тромбоцитов В) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X) Г) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)	
441.	ОСОБЕННОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ А) пониженная функциональная активность Б) повышенная функциональная активность В) повышенная способность к агрегации Г) повышенное количество	А
442.	ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ ____ $\times 10^9/\text{л}$ А) 150 Б) 130 В) 110 Г) 100	А
443.	ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ ____ $\times 10^9/\text{л}$ А) 100 Б) 150 В) 200 Г) 300	А
444.	ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ А) тромбоцитопенической пурпуре Б) геморрагическом васкулите В) железодефицитной анемии Г) гемолитической анемии	А
445.	ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ А) апластической анемии Б) геморрагическом васкулите В) гемофилии А Г) гемолитической анемии	А
446.	ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ А) опухолевых процессах Б) апластической анемии	А

	В) гемолитической анемии Г) гемофилии А	
447.	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) тромбоцитопатии Б) гемофилии В) анемии Г) васкулита	А
448.	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) тромбоцитопении Б) анемии В) васкулита Г) гемофилии	А
449.	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) петехий Б) папул В) гематом Г) гемартрозов	А
450.	АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К А) 1-2 дню жизни Б) 30 дню жизни В) 3-4 месяцу жизни Г) 10-12 месяцам жизни	В
451.	АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ А) полную форму атриовентрикулярной коммуникации Б) соединение аорты и легочной артерии В) дефект в межпредсердной перегородке Г) дефект межжелудочковой перегородки	Б
452.	АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ А) систоло-диастолического шума во втором	А

	межреберье слева от грудины Б) систолического шума во втором межреберье слева от грудины В) систолического шума вдоль левого края грудины Г) систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины	
453.	АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ А) часа Б) первого месяца В) первого полугодия Г) года	Г
454.	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В А) первые часы после рождения Б) конце первого месяца жизни В) первое полугодие жизни Г) конце первого года жизни	А
455.	АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ _____ ЖИЗНИ А) в первые часы Б) к 10 дню В) к концу 2-го месяца Г) в конце первого полугодия	В
456.	КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА? А) пупочная вена Б) Аранцев проток В) Боталлов проток Г) воротная вена	В
457.	БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ А) пупочную артерию с аортой Б) пупочную вену с нижней поллой веной В) легочную артерию с аортой Г) легочную артерию с пупочной веной	В

458.	АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ А) легочную артерию и аорту Б) пупочную и нижнюю полую вены В) легочную и правую подключичную артерии Г) аорту и левую подключичную артерии	А
459.	АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С А) легочной артерией Б) нижней поллой веной В) левым предсердием Г) легочной веной	А
460.	У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ А) головной мозг Б) печень В) сердце Г) легкие	Б
461.	ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ А) грубый систоло-диастолический шум Б) скребущий систолический шум В) мягкий дующий систолический шум Г) грубый протодиастолический шум	А
462.	ОКСИГЕНИРОВАННАЯ В ПЛАЦЕНТЕ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ А) пупочную артерию Б) пупочные артерии В) пупочную вену Г) пупочные вены	В
463.	ФОРМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА А) капельная Б) шарообразная В) вытянутая Г) треугольная	Б
464.	РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТСКОГО СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ	А

	А) относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела) Б) магистральным типом коронарного кровотока В) большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности Г) малым количеством анастомозов сосудов сердца	
465.	КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА? А) просвет вен и артерий одинаков Б) просвет артерий относительно узкий В) просвет артерий относительно широкий Г) стенки артерий очень плотные	А
466.	ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ А) индометацина Б) метотрексата В) эпинефрина (адреналина) Г) эналаприла	А
467.	К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ А) синусовый узел Б) предсердные (эктопические) автоматические клетки В) автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса Г) автоматические клетки в волокнах Пуркинье	А
468.	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЕЦ Р ОТОБРАЖАЕТ ПРОЦЕСС А) возбуждения в миокарде предсердий Б) распространения возбуждения на стенки желудочков и верхушку сердца В) распространения возбуждения на базальные участки миокарда желудочков Г) от начала возбуждения предсердий до начала возбуждения желудочков	А
469.	ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ А) реполяризации предсердий Б) реполяризации желудочков В) деполяризации предсердий Г) деполяризации предсердий и желудочков	Б

470.	ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ А) по предсердиям Б) от синусового узла до АВ-узла В) от синусового узла до желудочков Г) от синусового узла до волокон Пуркинье	В
471.	ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ А) зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизмененному желудочковому комплексу QRS Б) зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизмененных желудочковых комплексов В) закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует Г) зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении перед неизмененными желудочковыми комплексами	А
472.	В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ А) преобладают потенциалы левого предсердия Б) преобладают потенциалы правого предсердия В) преобладают потенциалы левого желудочка Г) преобладают потенциалы правого желудочка	Г
473.	ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО А) гипертрофией левого предсердия Б) гипертрофией левого желудочка В) гипертрофией правого желудочка Г) замедлением проведения по волокнам Пуркинье	А
474.	АБСОЛЮТНОМУ РЕФРАКТЕРНОМУ ПЕРИОДУ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ А) QRS Б) Т-Р В) ST Г) QRS-Т	Б

475.	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ОХВАТА ВОЗБУЖДЕНИЕМ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ И ПЕРИОД РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА А) P-Q Б) QRS В) ST Г) T-P	В
476.	ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СИСТОЛУ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА А) QRS-T Б) ST В) T-P Г) P-Q	А
477.	НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА А) QRS-T Б) QRS В) ST Г) T-P	Б
478.	ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ А) высокие заостренные зубцы Т Б) уменьшение амплитуды зубца Т В) депрессию сегмента ST Г) увеличение амплитуды зубца Т	А
479.	ЭКГ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКГ ПОДРОСТКА А) отсутствием зубцов Р Б) отклонением электрической оси сердца вправо В) отрицательными зубцами Т в левых грудных отведениях Г) отсутствием зубца Q в грудных отведениях	Б
480.	К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ А) отрицательный зубец Т в правых грудных	А

	отведениях Б) дельта-волна В) полная блокада правой ножки пучка Гиса Г) отклонение электрической оси сердца влево	
481.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКГ I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МЕЖДУ А) левой и правой рукой Б) правой и левой ногами В) левой рукой и правой ногой Г) левой рукой и левой ногой	А
482.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКГ 4 ГРУДНОЕ ОТВЕДЕНИЕ (V4) РЕГИСТРИРУЕТСЯ А) 4 межреберье справа у грудины Б) 4 межреберье слева у грудины В) 5 межреберье по срединно-ключичной линии Г) 5 межреберье по передней аксилярной линии	В
483.	ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ А) зубец Т в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен Б) высокий зубец Т в стандартных отведениях В) глубокий зубец S в III отведении Г) высокий зубец R в I отведении	А
484.	НА ЭКГ КОМПЛЕКС QRS ОТРАЖАЕТ А) возбуждение предсердий Б) переход возбуждения с предсердий на желудочки В) возбуждение межжелудочковой перегородки Г) возбуждение желудочков	Г
485.	ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) синусовый узел Б) атриовентрикулярное соединение В) пучок Гиса Г) нижняя часть левого желудочка	А
486.	ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА В НОРМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) отклонением вправо Б) вертикальным положением В) нормальным положением	А

	Г) отклонением влево	
487.	НА ЭКГ ВАРИАНТОМ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) тахикардия Б) экстрасистолия В) атриовентрикулярная блокада Г) синусовая аритмия	Г
488.	ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ А) увеличение амплитуды и заостренности зубца Р в II, III, aVF Б) увеличение амплитуды, уширение и расщепление зубца Р в I, II, aVL или aVR В) зубец Р в V5,6 высокий, иногда двухфазный Г) смещение переходной зоны вправо	А
489.	КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ? А) левожелудочковые экстрасистолы, синусовая брадикардия Б) синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1–V3 отведениях В) отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях Г) отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях	Б
490.	К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ А) дельта-волна Б) синусовая аритмия В) миграция источника ритма в пределах предсердий Г) отрицательный зубец Т в правых отведениях	А
491.	К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ А) уплощение зубца Т Б) деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т В) снижение интервала ST, отрицательный зубец Т Г) снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ	Б

492.	СНИЖЕНИЕ ЗУБЦА Т НА ЭКГ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО: А) гиперкалиемией; Б) гипокалиемией; В) инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии; Г) тяжелой аллергической реакцией	А
493.	ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЛ А) 150 Б) 300 В) 400 Г) 50	А
494.	ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ А) 30 Б) 10 В) 20 Г) 50	А
495.	ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ А) 60 Б) 20 В) 30 Г) 150	А
496.	ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 9-12 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ А) 250 Б) 70 В) 120 Г) 400	А
497.	ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОДРОСТКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ А) 300 Б) 120 В) 170	А

	Г) 100	
498.	КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА (ОТСУТСТВИЕ ЭНУРЕЗА) ФОРМИРУЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К _____ ГОДУ/АМ А) 3-5 Б) 0,5-1 В) 1,5-2 Г) 2-2,5	А
499.	ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ А) уродинамическое обследование Б) микционная цистоуретрография В) ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря Г) цистоскопия	А
500.	ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ А) непроизвольное мочеиспускание во время сна Б) задержка мочеиспускания В) произвольное мочеиспускание во время бодрствования Г) учащение мочеиспускания	А
501.	К РАССТРОЙСТВАМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ОТНОСИТСЯ А) императивное недержание мочи Б) увеличение диуреза В) выявление в анализе мочи лейкоцитурии Г) снижение суточного диуреза менее до 30% от должнствующего	А
502.	ПОЛЛАКИУРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) частыми мочеиспусканиями малыми порциями Б) урежением мочеиспусканий В) болью при мочеиспускании Г) увеличением диуреза	А
503.	ЗРЕЛЫЙ ТИП МОЧЕИСПУСКАНИЯ У РЕБЕНКА ФОРМИРУЕТСЯ К А) 3-5 годам Б) возрасту 1 года В) 7 -8 годам	А

	Г) 10 годам	
504.	ЗРЕЛЫЙ ТИП МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) появление волевого контроля над мочеиспусканием Б) сохранением энуреза 1-2 раза в неделю В) преобладанием ночного диуреза над дневным Г) поллакиурией	А
505.	ДЛЯ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО КОЛИЧЕСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЙ А) 5-6 раз в сутки Б) 7-9 раз в сутки В) до 15 раз в сутки Г) до 10 раз в сутки	А
506.	НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ У РЕБЕНКА А) инфекции мочевыводящих путей Б) хронического гломерулонефрита В) тубулоинтерстициального нефрита Г) нефротического синдрома	А
507.	ПРИЧИНОЙ НЕЙРОГЕННЫХ ДИСФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ А) недостаточность супраспинального торможения спинальных центров регуляции мочеиспускания Б) дизэмбриогенез почечной ткани В) наследственный нефрит Г) гемолитико-уремический синдром	А
508.	ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) частыми мочеиспусканиями малыми порциями Б) редкими мочеиспусканиями В) частыми болезненными мочеиспусканиями Г) большим количеством остаточной мочи в мочевом пузыре	А
509.	ГИПОАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) редкими мочеиспусканиями большими порциями Б) частыми мочеиспусканиями В) поллакиурией	А

	Г) императивным недержанием мочи	
510.	ДИАГНОСТИКУ НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С А) оценки ритма и объема мочеиспусканий Б) проведения уродинамических исследований В) проведения цистографии Г) проведения цистоскопии	А
511.	В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ А) оксибутирин гидрохлорид Б) десмопрессин В) антибактериальную терапию Г) инстиляции мочевого пузыря	А
512.	РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПО А) ритму мочеиспускания Б) контрольному проведению цистографии В) оценке функционального состояния почек Г) данным цистоскопии	А
513.	ПЕРВИЧНЫЙ ЭНУРЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) отсутствием длительных периодов (3-6 месяцев), когда ребенок просыпался бы сухим при наличии энуреза с рождения Б) наличием энуреза у ребенка с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря В) появлением энуреза на фоне инфекции мочевыводящих путей Г) появлением энуреза у ребенка на фоне психологической травмы	А
514.	ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ЭНУРЕЗА ХАРАКТЕРНО А) появление энуреза после длительного периода, когда ребенок просыпался бы сухим Б) отсутствие длительных периодов (3-6 месяцев) когда ребенок просыпался бы сухим при наличии энуреза с рождения В) наличие энуреза у ребенка в возрасте 1 года Г) наличие энуреза у ребенка в возрасте 2 лет	А
515.	ДЛЯ МОНОСИМПТОМНОГО ЭНУРЕЗА ХАРАКТЕРНО А) недержание мочи исключительно в ночное	А

	время при отсутствии других признаков нарушения мочеиспускания Б) сочетание энуреза с дневным недержанием мочи В) наличие у ребенка инфекции мочевой системы Г) наличие у ребенка врожденных пороков нижних отделов мочевой системы	
516.	НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С МОНОСИМПТОМНЫМ ЭНУРЕЗОМ НЕОБХОДИМО С А) нормализации режима дня Б) лекарственной терапии В) фитотерапии Г) физиотерапии	А
517.	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ МОНОСИМПТОМНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА ВКЛЮЧАЕТ А) сигнальную терапию Б) ежегодный летний отдых на море В) фитотерапию Г) дополнительный выходной день в школе	А
518.	ПРИ МОНОСИМПТОМНОМ ЭНУРЕЗЕ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ А) десмопрессина Б) фуразидина В) инстилляций мочевого пузыря с колларголом Г) УВЧ на область мочевого пузыря	А
519.	СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ А) недержание мочи Б) увеличение диуреза В) уменьшение диуреза Г) преобладание ночного диуреза над дневным	А
520.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) цистоскопия Б) обзорная рентгенография органов мочевой системы В) ультразвуковое исследование Г) цистография	А

521.	ЭНУРЕЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН 1. генетической предрасположенностью 2. нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря 3. пороком развития мочевой системы 4. желчекаменной болезнью ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2,3 Г) 2,3,4	В
522.	НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С А) Запорами Б) Желчно-каменной болезнью В) Мочекаменной болезнью Г) Атопическим дерматитом	А
523.	ИЗ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ГИПЕРРЕФЛЕКТОРНОМУ ТИПУ ИСПОЛЬЗУЮТ 1. ультразвук на область мочевого пузыря 2. парафиновые аппликации на область мочевого на область мочевого пузыря 3. электрофорез с прозеринумом на область мочевого пузыря 4. УФО ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 3,4	В
524.	К НЕЙРОГЕННЫМ ДИСФУНКЦИЯМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ 1. Гипорефлекторный мочевой пузырь 2. Гиперрефлекторный мочевой пузырь 3. Гипоспадия 4. Анурия ВЕРНЫЙ ОТВЕТ: А) 1,3 Б) 2,4 В) 1,2 Г) 3,4	В

525.	КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ? А) ≤ 25процентиля Б) ≤ 50 процентиля В) $< 70 \text{ mmHg} + [\text{возраст ребенка в годах} \times 2], \text{ mmHg}$ Г) $\geq 70 \text{ mmHg} + [\text{возраст ребенка в годах} \times 3], \text{ mmHg}$	В
526.	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ У РЕБЕНКА 7-9 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ. А) 70/40 Б) 80/40 В) 90/50 Г) 100/60	Б
527.	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕЗИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ А) заболеваниях мочевыделительной системы Б) холестаза В) надпочечниковой недостаточности Г) бронхиальной астме	В
528.	ОСОБЕННОСТЬЮ МЫШЦ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) преобладание тонуса мышц разгибателей конечностей Б) отсутствие расслабления во время сна В) расслабление во время сна мышцы расслабляются Г) мышечная гипотония	Б
529.	МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ А) 1-2 Б) 3-5 В) 6-7 Г) 8-10	Б
530.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У	В

	НОВорожденного происходит из-за А) кормления грудью Б) удаления сыровидной смазки В) потери воды через кожу Г) докармливания в первые дни жизни	
531.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВорожденного происходит из-за А) потери воды через лёгкие при дыхании Б) удаления сыровидной смазки В) кормления грудью Г) докармливания в первые дни жизни	А
532.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВорожденного происходит из-за А) докармливания в первые дни жизни Б) кормления грудью В) выделения мекония и мочи Г) удаления сыровидной смазки	В
533.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВорожденного происходит из-за А) выделения мочи Б) удаления сыровидной смазки В) кормления грудью Г) докармливания в первые дни жизни	А
534.	ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У НОВорожденных происходит к _____ дню жизни А) 5-7 Б) 7-10 В) 10-14 Г) 14-21	Б
535.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВорожденных считается А) адипонекроз Б) склередема В) пиодермия Г) желтуха	Г
536.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВорожденных считается А) адипонекроз	Б

	Б) эритема В) склередема Г) пузырьчатка	
537.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ А) эпидермолиз Б) склередема В) шелушение Г) везикулопустулез	В
538.	ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ У ЗРЕЛОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА К РОЖДЕНИЮ А) покрывают все тело Б) должны исчезнуть полностью В) остаются только на лице Г) остаются на плечах и спине	Г
539.	ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ А) метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена Б) метаболический ацидоз, гипогликемия В) катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия Г) гипергликемия, алкалоз	А
540.	ПРЕПАРАТОМ, К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ КОТОРОГО ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ А) сурфактант Б) ацетазоламид (диакарб) В) индометацин Г) дексаметазон	В
541.	САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ А) инфаркт миокарда Б) транзиторная ишемия миокарда В) фиброэластоз Г) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия	Б

542.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРОЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ А) одышка, тахикардия, увеличение размеров печени Б) цианоз, отеки, хрипы в легких В) цианоз, одышка, тахикардия Г) одышка, тахикардия, хрипы в легких	А
543.	О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ PH А) 7,25 Б) 7,35 В) 7,40 Г) 7,45	А
544.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ А) исследование коагулограммы Б) тест Апта В) бактериологическое исследование промывных вод желудка Г) пенный тест	Б
545.	СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ДОЗЕ 500-1000 МЕ ВИТАМИНА D ЕЖЕДНЕВНО С А) 10-14 суток жизни Б) 1-го месяца В) 2-го месяца Г) 3-го месяца	А
546.	ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕ А) 500 Б) 1000 В) 1500 Г) 2000	А
547.	У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА А) снижен тонус мышц-сгибателей Б) снижен тонус мышц-разгибателей	Г

	В) преобладает тонус мышц-разгибателей Г) преобладает тонус мышц-сгибателей	
548.	У НОВОРОЖДЁННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА _____ ФУНКЦИЯ КОЖИ А) бактерицидная Б) терморегулирующая В) резорбтивная Г) выделительная	В
549.	У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНАЯ МАССА МЫШЦ ПРИХОДИТСЯ НА МЫШЦЫ А) туловища Б) верхних конечностей В) верхних и нижних конечностей Г) нижних конечностей	А
550.	САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ А) ещё до рождения Б) с рождения В) с 3 месячного возраста Г) с 3-5 лет	А
551.	О ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ А) прижатые к телу ноги Б) прижатые к телу руки В) поза распластанного на столе ребенка Г) запрокидывание головы	В
552.	ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА А) координированные Б) целенаправленные В) спонтанные Г) безусловные	В
553.	ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА А) хаотичные Б) целенаправленные В) координированные Г) безусловные	А
554.	ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА А) атетозоподобные Б) целенаправленные В) координированные	А

	Г) безусловные	
555.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЛАДОНИ РЕБЕНКА ВБЛИЗИ ТЕНОРОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОТКРЫВАНИЕМ РТА, НАЗЫВАЕТСЯ А) хватательный Б) поисковый В) ладонно-ротовой Г) Робинсона	В
556.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОГЛАЖИВАНИИ КОЖИ В ОБЛАСТИ УГЛА РТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОПУСКАНИЕМ ГУБЫ, ОТКЛОНЕНИЕМ ЯЗЫКА И ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ РАЗДРАЖИТЕЛЯ, НАЗЫВАЕТСЯ А) хоботковый Б) поисковый В) хватательный Г) лабиринтный	Б
557.	К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС А) симметричный шейный тонический Б) Переса В) Галанта Г) орбикулопальпебральный	А
558.	К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС А) орбикулопальпебральный Б) Переса В) Галанта Г) асимметричный шейный тонический	Г
559.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ПОДОШВУ У ОСНОВАНИЯ II – III ПАЛЬЦЕВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ПОДОШВЕННЫМ СГИБАНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ А) Бабинского Б) Бауэра В) нижний хватательный Г) подошвенный	В

560.	ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ А) связь со временем суток Б) соответствие их возрасту ребенка В) время появления и угасания рефлекса Г) сила ответа на раздражение	Б
561.	ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ А) время появления и угасания рефлекса Б) связь со временем суток В) симметричность Г) сила ответа на раздражение	В
562.	К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ А) глотательный Б) сосательный В) хватательный Г) сухожильный	А
563.	К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ А) сосательный Б) глотательный В) роговичный Г) конъюнктивальный	А
564.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПО ПОВЕРХНОСТИ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ РЕБЕНОК, НЕДАЛЕКО ОТ ЕГО ГОЛОВЫ ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВЕДЕНИЕМ РУК В СТОРОНЫ И ОХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК, НАЗЫВАЕТСЯ А) Галанта Б) Моро В) поисковый Г) хватательный	Б
565.	РЕФЛЕКС, ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ А) опоры Б) орбикулопальпебральный В) роговичный Г) ладонно – ротовой	Г

566.	РЕФЛЕКС, ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ А) орбикулопальпебральный Б) поисковый В) роговичный Г) опоры	Б
567.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ, НАЗЫВАЕТСЯ А) тонический Б) хоботковый В) поисковый Г) хватательный	Б
568.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВКЛАДЫВАНИИ ПАЛЬЦЕВ В ЛАДОНИ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК, НАЗЫВАЕТСЯ А) ладонно-ротовой Б) поисковый В) верхний хватательный Г) хоботковый	В
569.	РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ШТРИХОВОМ РАЗДРАЖЕНИИ ПОДОШВЫ ПО НАРУЖНОМУ КРАЮ СТОПЫ В НАПРАВЛЕНИИ ОТ ПЯТКИ К ПАЛЬЦАМ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ТЫЛЬНОГО РАЗГИБАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ВЕЕРООБРАЗНОГО РАСХОЖДЕНИЯ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ, НАЗЫВАЕТСЯ А) подошвенный Б) Бауэра В) опоры Г) Бабинского	Г
570.	РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ А) Моро Б) Бабкина	А

	В) Робинсона Г) Бабинского	
571.	РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ А) Робинсона Б) лабиринтный В) опоры Г) Бабинского	В
572.	МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ % А) 2 Б) 5 В) 10 Г) 25	В
573.	В ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР ВХОДЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ А) артериального давления Б) ЧСС В) мышечного тонуса Г) состояния рефлексов	А
574.	ПУПООЧНАЯ РАНКА НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ А) к концу 2-й недели жизни Б) к концу 1-го месяца жизни В) на 2-м месяце жизни Г) на 3 месяце жизни	А
575.	В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ДАУНА ЛЕЖИТ А) наличие кольцевидной хромосомы 18 пары Б) трисомия 21-й пары хромосом В) отсутствие X-хромосомы Г) делеция плеча 5-й пары хромосомы	Б
576.	ТАКТИКА ПЕДИАТРА-НЕОНАТОЛОГА В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ А) немедленно перевести в соответствующий стационар	А

	Б) перевести в обсервационное отделение и назначить лечение В) оставить на месте, назначив лечение Г) вызвать инфекциониста	
577.	ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА НАЧИНАЕТСЯ А) сразу после рождения Б) на 4-м месяце жизни В) на 5-м месяце жизни Г) в возрасте 1 года	А
578.	ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ НАГРУБАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НОВОРОЖДЁННЫХ А) выполняется выдавливание секрета Б) лечения не требуется В) накладываются полу-спиртовые компрессы Г) назначается антибиотикотерапия	Б
579.	КРИТЕРИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л А) 3,5 Б) 2,6 В) 2,9 Г) 3,9	Б
580.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА НАЧИНАЮТ С А) 20-25 дней Б) 10 дней В) 2 мес. Г) 3 мес.	А
581.	У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА А) снижен тонус мышц-сгибателей Б) преобладает тонус мышц-сгибателей В) преобладает тонус мышц-разгибателей Г) снижен тонус мышц-разгибателей	Б
582.	ЛЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В А) назначении панкреатических ферментов Б) диете с исключением продуктов, содержащих фенилаланин	Г

	В) диете с исключением продуктов, содержащих животный белок Г) диете с исключением продуктов, содержащих галактозу и глюкозу	
583.	ГАЛАКТОЗЕМИЯ – ЭТО А) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу Б) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов В) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей Г) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)	А
584.	ФЕНИЛКЕТОНЕМИЯ — ЭТО А) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей Б) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов В) состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий Г) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)	Б
585.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ А) исследование крови на антитела к глиадину Б) потовая проба (содержание натрия и хлора в поте) В) исследование кала на содержание углеводов Г) анализ кала на дисбактериоз	В
586.	ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ А) от матерей с сахарным диабетом Б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта В) с синдромом Видемана-Беквита	А

	Г) с врожденной гиперплазией коры надпочечников	
587.	ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫ: А) гипогликемия Б) гипергликемия В) гиперкальциемия Г) гипермагниемия	А
588.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ НЕ ОТНОСИТСЯ А) эритема кожных покровов Б) моча кирпично-красного цвета В) мелена Г) меконий	В
589.	СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ: А) роста по возрасту Б) массы тела по возрасту В) массы тела и по росту (длине) Г) отдельных нутриентов рациона питания	В
590.	ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ: А) на основе гидролизованного молочного белка Б) на основе гидролизованного молочного белка, не содержащие лактозу В) на основе гидролизованного молочного белка, не содержащие лактозу, содержащие среднецепочечные триглицериды Г) на основе гидролизованного молочного белка содержащие среднецепочечные триглицериды	В
591.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: А) применяют гипсовую повязку Б) применяют повязку Дезо В) не проводят иммобилизации Г) применяют физиотерапевтические процедуры	Б

592.	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) рецидивирцующая инфекция мочевой системы Б) острый гломерулонефрит В) тубулоинтерстициальный нефрит Г) нефротический синдром	А
593.	НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) преобладание ночного диуреза над дневным Б) преобладание дневного диуреза над ночным В) снижение фильтрационной функции почек Г) нарушение концентрационной функции почек	А
594.	СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) расстройство акта мочеиспускания Б) нарушение концентрационной функции почек В) увеличение количества выделенной мочи Г) уменьшение количества выделенной мочи	А
595.	СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ А) болезненное мочеиспускание Б) увеличение диуреза В) уменьшение диуреза Г) преобладание ночного диуреза над дневным	А
596.	ИЗОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ А) 1010-1012 Б) 1002-1012 В) 1005-1015 Г) 1000-1010	А
597.	ГИПОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ А) 1002-1008 Б) 1008-1015 В) 1010-1012 Г) 1015-1018	А
598.	ДЛЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ	А

	А) наличие мочи в мочевом пузыре Б) отсутствие мочи в мочевом пузыре В) рвота Г) высокая температура тела	
599.	СОБИРАТЬ МОЧУ НА ПОСЕВ, КАК ПРАВИЛО, РЕКОМЕНДУЕТСЯ А) из «средней струи» в стерильную посуду после подмывания ребенка Б) пункцией мочевого пузыря В) при катетеризации мочевого пузыря Г) из анализа мочи по Нечипоренко или Каковскому-Аддису	А
600.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ А) цистоскопии Б) УЗИ органов брюшной полости В) реносцинтиграфии статической Г) микционной цистографии	А

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

На приеме мальчик 6,5 лет с мамой. Направлен на консультацию в связи с постоянной заложенностью носа, частыми респираторными заболеваниями, иногда протекающими с бронхообструктивным синдромом.

Из анамнеза известно: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Находился на грудном вскармливании до 3 месяцев, далее смешанное вскармливание с использованием адаптированных молочных смесей, с 6 месяцев переход полностью на искусственное вскармливание. С 3-х месячного возраста возникли проявления атопического дерматита. Мама вела пищевой дневник и отмечала связь обострений с употреблением молочных продуктов, а затем и яиц. На фоне соблюдения элиминационной диеты обострения стали редкими, в настоящее время не чаще 1-2 раза в год только в зимний период. С 3-х лет начал посещать ДДУ, переносил частые ОРВИ, после которых длительно сохранялось затрудненное носовое дыхание, храп по ночам. Последние 2 года затруднение носового дыхания стало беспокоить практически постоянно. В апреле и мае появляется слезотечение, зуд глаз. ОРВИ стал болеть реже, но 2-3 раза в год они протекают с обструктивным синдромом, в том числе в весенний период. В квартире есть кошка, пылесборники, плесень в ванной комнате. Наследственность по аллергии отягощена по линии отца – поллиноз. Профилактические прививки согласно национальному календарю.

При осмотре - кожные покровы сухие, без высыпаний. Зев рыхлый, миндалины гипертрофированы до II степени, задняя стенка глотки зернистая, носовое дыхание затруднено, слизистая носа отечная с цианотичным оттенком, в носовых ходах – прозрачная слизь, мацерация кожи вокруг носа. В легких – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичны, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л, Эр - $4,73 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $273 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 38%, лимф - 41%, моноцит - 10%, эозинофилы – 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 80 мл, относительная плотность - 1015, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Исследование ФВД: ОФВ₁ 99%; МОС₂₅ 89%; МОС₅₀ 85%; МОС₇₅ 83%. После ингаляции 300 мкг салбутамола: ОФВ₁ 102%; МОС₂₅ 92%; МОС₅₀ 91%; МОС₇₅ 96%

Аллергологическое обследование (иммуноферментный анализ): общий IgE 1050 (норма 0-70) специфические IgE - молоко коровье – 0 класс; яйцо – 2 класс; микроскопические грибы (панель)-2 класс; эпителий/перхоть кошки – 3; клещ домашней пыли – 4 класс; пыльца деревьев ранних -1 класс; пыльца деревьев поздних -3 класс.

PRIK- тест: клещ домашней пыли +++++, береза +++, полынь++

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно общепринятой классификации и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли данному пациенту проведение АСИТ?

Ответ

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его. Персистирующий аллергический ринит. Аллергический риноконъюнктивит, вызванный сенсебилизацией к пыльце растений (поллиноз). Атопический дерматит, детская форма, легкое течение, неполная клиническая ремиссия. Сенсебилизация к бытовым, пылевым, эпидермальным, грибковым и пищевым аллергенам. Диагноз поставлен на основании жалобам, данных анамнеза и осмотра (в том числе изменения слизистой носоглотки, гипертрофия миндалин), наличия отягощенного семейного аллергоанамнеза (у папы поллиноз), данных лабораторного (ОАК, ИФА) обследования и PRiK-тестов. Наличие ОРВИ с обструктивным синдромом позволяют отнести данного ребенка к группе риска по формированию бронхиальной астмы, однако в настоящее время данных за данное заболевание нет.

2. Назначьте и обоснуйте план лечения. Элиминационные мероприятия: создание гипоаллергенного быта, элиминационные мероприятия и барьерные способы защиты слизистых в весенний период, использование антигистаминных препаратов при обострении аллергического ринита (в том числе сезонного) и для купирования зуда при обострении атопического дерматита, топические назальные спреи с гкс и противовоспалительные средства для кожи, регулярное применение эмоленов.

3. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли данному пациенту проведение АСИТ?

Восстановление носового дыхания. Достижение контроля над симптомами ринита и дерматита. Возможно проведение АСИТ с целью лечения бытовой сенсебилизации (клещи домашней пыли), инициируется вне обострения, проводится круглогодично. Возможно проведение АСИТ с целью лечения пылевой сенсебилизации (поздние деревья), инициируется вне обострения за 4 месяца до начала пыления и заканчивается с окончанием поллинииции.

Задача 2.

На приеме мальчик 9 лет с мамой. Направлен на консультацию в связи с жалобами на длительный сухой кашель, который усиливается ночью, частые ОРВИ, протекающие с обструктивным синдромом.

Из анамнеза известно: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом, от первых срочных родов. Находился на грудном вскармливании до 4 месяцев. С возраста 4х месяцев дебют атопического дерматита в виде локализованных высыпаний на щеках на пищевые продукты: коровье молоко, яблочный сок, курицу. С 3х лет клиническая ремиссия. С 4х лет посещает ДДУ, переносит ОРВИ 5-6 раз в год. Последние 2 года переносит ОРВИ 3-4

раза в год, но они всегда протекают с обструктивным синдромом, с потребностью в ингаляционной терапии. Вне течения ОРВИ беспокоит сухой кашель, который может усиливаться во время уборки в квартире, на морозном воздухе, раз в неделю случаются ночные приступы затрудненного дыхания, которые мама купирует с помощью ингаляций с беродуалом. В квартире есть кошка, пылесборники. Семейный аллергоанамнез отягощен: мать – поллиноз. Профилактические прививки согласно национальному календарю.

При осмотре - кожные покровы чистые, сухие. Зев рыхлый, миндалины гипертрофированы II степени, задняя стенка глотки зернистая, носовое дыхание затруднено, слизистая носа отечная с цианотическим оттенком, в носовых ходах – прозрачная слизь. В легких – жесткое дыхание, при форсированном дыхании выслушиваются сухие свистящие хрипы на выдохе. Тоны сердца ритмичны, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание без патологии.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: Нб – 143 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $289 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$, п/я- 2%, с/я- 36%, лимф-57%, моноцит- 9%, эозинофилы – 3%, СОЭ - 14 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120 мл, относительная плотность - 1015, лейкоциты – 0-2-1 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгеновский снимок носоглотки - аденоидные вегетации 1-2 степени.

Спирометрия – ОФВ₁ 74%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 63%; МОС₇₅ 59%. После ингаляции 300 мкг салбутамола: ОФВ₁ 93%; МОС₂₅ 99%; МОС₅₀ 85%; МОС₇₅ 90%.

Аллергологическое обследование (иммуноферментный анализ): общий IgE 256 (норма 0-70) специфические IgE – молоко коровье – 1 класс; грибы (панель)-1 класс; эпидермис кошки – 2; клещ домашней пыли – 3; пыльца деревьев ранних -0 класс; пыльца деревьев поздних -0 класс.

PRIK- тест: клещ домашней пыли ++++, береза -, кошка+++

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно общепринятой классификации и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению после выписки. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли проведение АСИТ данному пациенту?

Ответ

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней тяжести, обострение. Впервые установленная, поэтому медикаментозный контроль оценить не можем. Персистирующий аллергический ринит. Атопический дерматит, детская стадия, клиническая ремиссия. Сенсебилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам. Диагноз поставлен согласно данным анамнеза (анамнез заболевания – ОРВИ с обструктивным синдромом, длительный сухой кашель вне течения ОРВИ, ухудшение после контакта с триггерами, ночные приступы, эффективность бронхолитиков), отягощенный аллергоанамнез

ребенка (атопический дерматит в младшем возрасте, персистирующий аллергический ринит, отягощенного семейного анамнеза (у мамы поллиноз), данных осмотра (данные риноскопии, свистящие хрипы при аускультации), данных лабораторного (ИФА, РРИК- тесты) и инструментального обследования (исследование функции внешнего дыхания).

2. Назначьте план лечения.

Элиминационные мероприятия: гипоаллергенный быт, инициация базисной терапии: с учетом установленной степени тяжести, данных спирометрии терапия базисная терапия согласно GINA 3- фиксированные комбинации ИГКС/ДДБА- 3 месяца с осуществлением контроля ПФВ в домашних условиях, ФВД в условиях медицинского учреждения. При достижении контроля переход на более легкую ступень. В комплексной терапии показано назначение антигистаминных препаратов, топических ГКС для коррекции персистирующего аллергического ринита, использование эмоленов для увлажнения кожи, КДБА в режиме по потребности.

3. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению после выписки. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли проведение АСИТ данному пациенту?

Показатели исследования функции внешнего дыхания, данные ПФВ, динамика кашля, отсутствие ночных приступов, восстановление носового дыхания. Инициация АСИТ (клещи домашней пыли) показана вне периода обострения.

Задача 3.

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите особенности гемодинамики.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
3. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

Ответ

1. Врожденный порок сердца, по синему типу. Характерно обеднение малого круга кровообращения.

2. План обследования:

- Измерение АД: на правой руке и любой ноге;
- ЭКГ;
- Рентгенография органов грудной клетки;
- ЭХО-КГ;
- Консультация врача-кардиолога.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность легочных полей за счет обеднения легочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.

3. Применение сердечных гликозидов до осмотра кардиолога не показано, так как может усиливать одышно-цианотические приступы.

Задача 4

Мальчик С. 15 лет пришел на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Анамнез заболевания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым,

изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, борьбой. 4-5 раз в неделю питается в пунктах общепита. Последние полгода не соблюдает режим питания, часто принимает пищу непосредственно перед тренировкой, ест на ночь.

Аллергоанамнез неотягощен.

Травмы и операции отрицает.

Наследственный анамнез. Мать страдает хроническим гастродуоденитом, отец - язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

При осмотре: физическое развитие среднее, гармоничное, кожа чистая, влажная. Язык обложен белым налетом. Задняя стенка глотки гиперемирована, фолликулы гипертрофированы по типу «бульжной мостовой». В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. ЧСС 98 в мин. АД 110/70 мм рт. ст.. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации высоко в эпигастрии. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезенка не пальпируются. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов, плотный (чаще 3 тип по Бристольской шкале). Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Составьте план обследования пациента.
- 3.Составьте план лечения больного. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

Ответ

1. Осн. ГЭРБ с эзофагитом. Соп. Хронический фарингит. Нарушение ритма. Фон - Функциональный запор.
2. Проведение ФЭГДС (пробная терапия ИПП на 8 недель). ЭКГ. Стандартные лабораторные обследования (общий анализ и биохимия крови, общий анализ мочи). УЗИ ОБП для исключения сопутствующей патологии.
Антирефлюксный режим. Диета с исключением жирных, острых, жареных продуктов. Прием пищи не позднее чем за 1 час до тренировки и не позднее чем за 2 часа до сна. Препараты ИПП в дозе 40 мг (омепразол, эзомепразол) на 8-12 недель. Корректор моторики (тримебутин). Осмотические слабительные для коррекции запора. Консультация кардиолога. Наблюдение гастроэнтеролога.

Задача 5.

Подросток 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приема жирной пищи, отрыжку воздухом, периодически привкус горечи во рту, редко изжогу.

Анамнез заболевания. Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц.

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Наблюдается аллергологом с диагнозом: atopический дерматит. Наследственный анамнез: отягощен по онкологии: рак желудка у отца.

Объективно: состояние средней тяжести за счет болевого и диспептического синдромов, рост 180 см, вес 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилорoduоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветной показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л (64-83), АлАТ - 17 Ед/л (до 40), АсАТ - 22 Ед/л (до 40), ЩФ - 138 Ед/л (40-130), амилаза - 100 Ед/л (25-100), общий билирубин - 15 мкмоль/л (до 20).

ФЭГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы, в желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов розовая. Гистологическое исследование, результат: хронический выраженный умеренно активный гастрит, Нр +.

Вопросы:

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

2.Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста. Перечислите осложнения данной патологии у детей.

3.Перечислите принципы лечения данного ребенка.

Ответ

1. Хронический НР-ассоциированный гастрит. ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, степень А по классификации ЛА). Диагноз на основании анамнеза, осмотра, данных ФЭГДС и гистологии.
2. Генетическая предрасположенность, вредные привычки, НР, ДГР.
3. Здоровое питание, режим питания, антирефлюксный режим, убрать вредные привычки. Эрадикационная терапия на 14 дней. ИПП продолжать до 3 месяцев.

Задача 6.

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 родовым 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 к задаче:

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 отсутствии лечебных мероприятий.

Ответ

1. Дакриоцистит новорожденного. Развитие на этом фоне бактериального конъюнктивита.

Обоснованием - осложненный гинекологический анамнез матери (нелеченная эрозия шейки матки, кольпит, вагинальный кандидоз), поздняя выписка из родильного дома, 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. 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.

Абсцесс слезного, мешка флегмона орбиты.

Задача 7.

Мальчик 12 лет пришёл с матерью на приём к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле», нерегулярный стул.

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мать: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы (отрыжка воздухом или кислым, изжога) появились 6 месяцев назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. Склонность к запору с возраста 3 лет.

При осмотре: вес 41 кг, рост 154 см, кожа чистая, влажная. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации высоко в эпигастрии. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируются. При пальпации толстого кишечника сигмовидная кишка плотная. Стул со склонностью к задержке до 2-3 суток, плотный, периодически фрагментированный (тип 2 по Бристольской шкале). Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план лечения больного.

Ответ

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Функциональный запор. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен на основании типичных эзофагеальных (пищеводных) симптомов: отрыжка «кислым», изжога, усиливающаяся при физических нагрузках, наклонах, симптом «мокрого пятна», внепищеводных (экстраэзофагеальных): осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Диагноз "функциональный запор" выставлен на основании данных анамнеза (запор с 3 лет - возраст начала посещения ДШУ, осмотра, характеристики стула)

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: ЭФГДС, при возможности 24-часовая рН метрия, ЭКГ.

3. Составьте план лечения больного.

Рекомендации по изменению стиля жизни. После приёма пищи не ложиться в течение часа. Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Спать с приподнятым головным концом кровати на 15 см. Снизить объём принимаемой пищи и жиров, увеличить долю белков. Увеличить количество клетчатки за счет фруктов, овощей и злаков. Антисекреторные препараты, антацидные препараты, слабительные.

Из антисекреторных препаратов предпочтительны ингибиторы протонного насоса, рассматривающиеся как средства первой линии. Осмотические слабительные, предпочтительно препараты макрогола - доза подбирается индивидуально.

Задача 8.

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: Hb – 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 к задаче:

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 9.

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. Психофизическое 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 к задаче:

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 Hb 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 козьем 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 эритроцитарной 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 10.

Мальчик И., 11 лет, поступил без направления.

Анамнез: Выяснено, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал терапию ампициллином. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре присоединились подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, периодически отмечаются боли в коленных суставах, в связи с чем госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. Суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. В легких дыхание

везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/3 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 51%, э - 2%, л - 43%, м - 2%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие клинические проявления определяют активность процесса? Какие еще обследования следует провести ребенку для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. Острая ревматическая лихорадка: малая хорея; гуморальная активность 1 ст.; НК0. Диагноз на основании признаков малой хорей, развившейся после стрептококковой инфекции. (Наличие 1 большого критерия и 2-х малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию свидетельствуют о высокой вероятности ОРЛ. В нашем случае имеет место 1 большой критерий – малая хорея и 2 малых – артралгии и лихорадка, а также связь со стрептококковой инфекцией – скарлатина)
2. Активность процесса при ОРЛ определяют: любые признаки ревмокардита (чем более острый и тяжелый ревмокардит, тем более высокая активность процесса), вальвулита, недостаточности кровообращения, проявления ревматической хорей, полисерозиты, поражения внутренних органов, а также наличие кольцевидной эритемы и ревматических узелков и лабораторные признаки активности. Обследование – исследование общего анализа крови в динамике (повышение СОЭ, лейкоцитоз), биохимический анализ крови: протеинограмма (диспротеинемия за счет гипер- α_2 - и γ -глобулинемии), титр АСЛ-О (повышение и нарастание в динамике), анти-ДНК-азы В (повышение), СРБ, серомукоиды (повышение), креатинфосфокиназа, в том числе миокардиальная фракция (повышение при поражении миокарда); ЭКГ (удлинение интервала PR>0,2с)
3. План лечения: обязательная госпитализация, соблюдение постельного режима в течение первых 2-3 недель болезни, включение в пищевой рацион достаточного количества полноценных белков (не менее 1 г на 1 кг массы тела) и витаминов, ограничение поваренной соли, контроль диуреза. Медикаментозная: этиотропная (препараты 1 ряда β -лактамы антибиотики, бензатина бензилпенициллин в/м) терапия, патогенетическая (нестероидные противовоспалительные средства – диклофенак натрия (2-3 мг/кг в сутки в 2-4 приема), нимесулид (3-5

мг/кг в сутки) – 1-1,5 мес., в данном случае монотерапия), симптоматическая терапия (фенобарбитал 50-200 мг/сут в 2-3 приема, галоперидол раствор 2-3 капль 2 раза в сутки, карбамазепин 10-20 мг/кг в сутки в несколько приемов – 10 – 21 день). Санаторное лечение показано для окончательного стихания активности ревматического процесса и полной компенсации и восстановления функциональной способности сердечно-сосудистой системы после стихания патологического процесса.

Задача 11.

На приеме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырех дней.

Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением.

Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощен. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 130 см, вес 21 кг. При ходьбе хромота. Отмечается деформация правого коленного и левого голеностопного суставов. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа умеренно гиперемирована, над суставами отмечается местная гипертермия, движения в них ограничены из-за болезненности. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налетов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, дующий систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, связан с первым тоном, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл.

При ЭхоКГ исследовании отмечается краевое утолщение створок

митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор.
3. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретенного порока сердца не выявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменен. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, активность II, СН I, ФК II.

Диагноз выставлен на основании критериев Киселя-Джонсона: наличия двух больших критериев ОРЛ (кардит: клинически приглушение тонов сердца, дующий систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, связан с первым тоном, акцент II тона на легочной артерии, выявлен при ЭхоКГ вальвулит митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени); артрита (жалобы на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, отечность параартикулярных тканей, деформация правого коленного и левого голеностопного суставов, местная гиперемия и гипертермия над правым коленным и левым голеностопным суставами, движения в них ограничены из-за болезненности) при наличии данных, подтверждающих перенесенную инфекцию бета-гемолитического стрептококка группы А (высокий титр антистрептолизина-О, в анамнезе указание на перенесенный 3 недели назад назофарингит с лихорадкой).

Активность II - кардит и полиартрит умеренно выражены, явления сердечной недостаточности I степени, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом; СОЭ >30 мм/ч, АСЛ-О >400 ЕД.

Стадия I недостаточности кровообращения по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко – признаки недостаточности кровообращения по большому и малому кругу отсутствуют.

Функциональный класс II по NYHA - незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, сердцебиением.

2. Этиотропная терапия – антибиотики группы пенициллинов, ввиду неспособности бета-гемолитического стрептококка к выработке бета-лактамаз. Оптимальным препаратом из группы оральных пенициллинов является Амоксициллин, который по противострептококковой активности аналогичен Феноксиметилпенициллину, но существенно превосходит его по своим фармакокинетическим характеристикам, отличаясь большей биодоступностью и меньшей степенью связывания с сывороточными белками. При непереносимости бета-лактамов антибиотиков целесообразно

назначение макролидов (Азитромицин, Кларитромицин, Джозамицин), цефалоспоринов (Цефалексин, Цефазолин и др.), противострептококковая активность которых сопоставима с таковой для пенициллина. Длительность антибактериальной терапии – 10-14 дней для предупреждения антибиотикорезистентности микрофлоры. Антибактериальные препараты назначаются в обычных возрастных дозах.

Патогенетическое (противовоспалительное) лечение – назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (Диклофенак с учетом возраста больной) в средней дозе 2-3 мг/кг/сутки (25 мг в 2 приема), длительность лечения индивидуальная, определяется динамикой клинической картины.

Микроэлементы, витамины и препараты других групп – препараты калия в возрастной дозировке как средства, улучшающие метаболизм миокарда в течение 3-4 недель.

3. Необходимо проведение вторичной профилактики, направленной на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания после перенесенной ОРЛ. Вторичная профилактика регулярное круглогодичное введение пенициллина пролонгированного действия (Бензатина бензилпенициллин). Препарат вводят глубоко внутримышечно в дозе 600 000 ЕД 1 раз в 3 недели (так как масса ребенка 21 кг). Длительность терапии в случае излеченного кардита без формирования порока сердца — не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»).

Помимо этого, показана третичная профилактика – профилактика инфекционного эндокардита. Заключается в назначении АБ больным с ОРЛ при экстракции зубов, аденомии, инвазивных манипуляциях – ФГДС, а также при ОРЗ. Назначаются антистафилококковые антибиотики до и после манипуляции (в течение 10 дней).

Задача 12.

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 к задаче:

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 родовым 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 12.

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 – $5,2 \times 10^{12}/л$, Тромб. $416,0 \times 10^9/л$, Лейк - $9,8 \times 10^9/л$, 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 к задаче:

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 13.

У девочки 3-х лет вскоре после начала ОРВИ температура повысилась до 39,0⁰С, появились боли в животе, была однократная рвота.

Ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа бледная, «тени» под глазами, в зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания в поясничной области положительный слева.

Ан.крови: Нв - 130 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $12,7 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с/я - 62%, лимф. - 22%, мон. - 8%., СОЭ - 38 мм/ч. Биохимический ан.крови: общ.белок 68 г/л, СРБ 47 мг/л. Ан.мочи: следы белка, лейкоциты - 410 в п/з, эритроциты 4-5 в п/зр., соли - оксалаты (много), бактерии +++. Посев мочи: кишечная палочка - 100 000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Обоснуйте ответ.
2. План обследования ребенка.
3. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз: Острый пиелонефрит, активная фаза. Диагноз основывается на наличии лихорадки, болевого синдрома, изменении лабораторных показателей.

2. Ан. мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, УЗИ почек, цистоскопия, цистография, консультация гинеколога.
3. Диета, с ограничением экстрактивных веществ, обильное питьё, антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины – амоксиклав, цефалоспорины 3 поколения

Задача 14.

У девочки 3-х лет ОРВИ температура - повысилась до 39,0⁰С, появились боли в животе, была однократная рвота.

Ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа бледная, «тени» под глазами, в зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания в поясничной области положительный слева.

Ан.крови: Hb - 130 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,86, лейкоц. - $12,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с/я - 62%, лимф. - 22%, мон. - 8%.

Биохимический ан.крови: общ.белок 68 г/л, СРБ +++

Ан.мочи: следы белка, лейкоциты - покрывают все поле зрения, эритроциты 4-5 в п/зр., соли – оксалаты (много)

Посев мочи: кишечная палочка – 100 000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Обоснуйте ответ.
2. План обследования ребенка.
3. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз: Острый пиелонефрит, активная фаза. Диагноз основывается на наличии лихорадки, болевого синдрома, изменении лабораторных показателей (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение показателей СРБ, выраженная лейкоцитурия, микрогематурия, положительный посев мочи – кишечная палочка).
2. Контроль ОАМ, Анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек, консультация гинеколога.
3. Диета, с ограничением экстрактивных веществ, обильное питьё, антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины – Амоксиклав, Цефалоспорины 3 поколения), затем уросептики.

Задача 15.

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 37,2°C. 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 к задаче :

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.

Ответы:

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 16.

Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки. Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось удовлетворительным. Масса тела на 4 сутки составила 2951 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желез, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется молочно-белая жидкость.

Состояние ребенка удовлетворительное, сосет хорошо, активна, физиологические рефлексы оживлены, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. В легких дыхание пузырьное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с

непереваренными комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащен до 7–8 раз.

Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – $8,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? С чем связана физиологическая убыль массы тела ребенка?
2. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?
3. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция? Чем объяснить увеличение молочных желез? Необходима ли консультация хирурга?

Ответы:

1. Милии (беловато-желтоватые мелкие узелки), крупнопластинчатое шелушение (неонатальная десквамация), мочеполовой криз (нагрубание молочных желез, выделения из молочных желез, эритроциты в моче), снижение массы тела, мочекишечный инфаркт, транзиторный катар кишечника. 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. Микрогематурия (эритроциты 4-5 в поле зрения), соли – кристаллы мочевой кислоты (транзиторное состояние – мочекислый инфаркт). В консультации врача-нефролога не нуждается.
3. Это связано с транзиторным катаром кишечника, коррекции не требуется, данное состояние купируется самостоятельно. Увеличение молочных связано с половым кризом - адаптацией к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведению материнских гормонов. В консультации хирурга не нуждается.

Задачи 17.

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учете в женской консультации состояла с 9 недель. На фоне преэклампсией в третьем триместре. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребенок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.

На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желез, кожа над ними слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребенка отмечался отек больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5 °С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребенок активный. Находится на грудном вскармливании, сосет активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нб – 186 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – $288 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Опишите возникшее состояние у ребенка. Обоснуйте транзиторное состояние.
2. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорожденного. Определите прогноз данного состояния.
3. Назначьте питание ребенку, обоснуйте свой выбор.

Ответы:

1. Половой криз новорожденного. Адаптация к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведения материнских гормонов.
2. Не требуется. Сухое тепло, соблюдение санитарно-гигиенических норм (купание ребенка). Прогноз благоприятный.
3. Перевести на искусственное вскармливание на кратковременный период (3-4 дня) адаптированной молочной смесью.

Задача 18.

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно.

Анамнез заболевания. Помимо болей в животе ребенка беспокоят чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота. Боли возникают днем, ночных эпизодов болей не отмечает. Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребенка не увеличился. Мальчик мало общителен, в школе подвергается буллингу. Сосредоточен на своем здоровье. Мальчик обследован амбулаторно в частной клинике. Проведены анализы крови (общий и биохимический), общий анализ мочи, ФЭГДС с биопсией из желудка. Обследования патологии не выявили, НР отрицательный

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Узкими специалистами не наблюдается. Травм и операций не было. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез: у отца ребенка язвенная болезнь желудка, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налет белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы:

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

2. С какими заболеваниями прежде всего необходимо проводить дифференциальный диагноз? Уточните их этиологию.

3. Сформулируйте план лечения ребенка. Составьте программу противорецидивного лечения.

Задача 19.

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, сначала «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, вокруг пупка и внизу живота, не связанные с приемом пищи. Ночных болей нет. Боли нередко купируются после стула. Аппетит избирательный.

Из анамнеза заболевания: запоры начались 6 месяцев 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. Наследственность отягощена: мать страдает синдромом раздраженного кишечника.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 103 см, масса 16,5 кг. Кожные покровы чистые. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 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 – $7,5,0 \times 10^9$ /л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, HGB – 120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.

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. Каков прогноз заболевания.

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. Ввести в рацион клетчатку из расчета количество лет+5-10 г. Достаточный питьевой режим. Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, желательно в одно и то же время, лучше через 30 минут после завтрака, когда наиболее выражен гастроколитический рефлекс, в одном и том же месте). Продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество. Физическая активность, прогулки, лечебная физкультура, массаж. Слабительные средства: лактулоза или полиэтиленгликоль 4000 (Макрогол) предпочтительно на 3 мес.
3. При хорошей приверженности к лечению прогноз благоприятный

Задача 20

Мальчик К. 15 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение 8 месяцев. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, употребления жирных и острых продуктов, стресса. Периодически беспокоит кислый привкус во рту. Последние несколько дней боли стали более интенсивными. Купируются после приема антацидов. К гастроэнтерологу не обращался.

Анамнез жизни: Аллергоанамнез: крапивница на мёд. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-перстной кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни.

Состояние при поступлении средней тяжести. Самочувствие ближе к удовлетворительному. Физическое развитие среднее, гармоничное. Аппетит сохранен. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом у корня. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, при пальпации край печени плотно-эластичной консистенции,

безболезненный, селезенка не пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нв – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}$ /л, ср. тромбоциты 321×10^9 /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 40%, эозинофилы - 10%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л, АсАт – 21 ед/л, щелочная фосфатаза – 110 ед/л, амилаза – 74 ед/л, ГГТ 16 ед/л, общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, холестерин 4,08 ммоль/л, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, глюкоза – 4,87 ммоль/л.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Латекс-тест на АГ H.Pylori положительный

ФЭГДС. Слизистая желудка в антральном отделе отечна, гиперемирована. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. Гистологическое исследование, результат: хронический выраженный умеренно активный гастрит, дуоденит.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ.
2. Какие факторы способствуют развитию заболевания? Назовите факторы агрессии для слизистой оболочки желудка и 12 п кишки.
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Хронический антральный гастрит, дуоденит, стадия обострения Нр+. Диагноз поставлен на основании жалоб, генетического анамнеза, анамнеза болезни, объективного осмотра, результатов лабораторного и инструментального обследования.
2. Факторы, способствовавшие развитию заболевания: наследственная предрасположенность, погрешности в диете, стресс, нарушение режима питания, хеликобактериоз. Факторы агрессии для слизистой оболочки: соляная кислота, пепсины, желчные кислоты.
3. Здоровый рацион, режим питания, эрадикационная терапия 14 дней (омепразол 40 мг х 2р, амоксициллин 1000 г 2р, метронидазол 500 мг х 2р). Наблюдение гастроэнтеролога.

Задача 21.

У Марины 12 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастральной и пилорoduodenальной области в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ФЭФГДС повторно пришла на прием к врачу-педиатру участковому.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца

хронический антральный гастрит.

Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна, впечатлительна.

Осмотр: рост – 152 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен, в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень у реберного края, безболезненная при пальпации. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антральном отделе – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 18 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста без особенностей.

Биопсийный уреазный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назовите неинвазивные тесты на хеликобактер.
3. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии? Подберите необходимую диету для больного.

Ответ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (активная язва луковицы), впервые выявленная. Н. pylori (+). Хронический гастродуоденит, обострение.

Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастральной и пилорoduоденальной области, купирующиеся приемом пищи, отягощенная наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилорoduоденальной зоны, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, биопсийного уреазного теста на НР-инфекцию.

2. 13 С-уреазного дыхательного теста и выявление антигена *H. pylori* в кале.

3. Четырнадцатидневную тройную терапию на основе омепразола (эзомепразола) и двух антибактериальных препаратов. Препаратами первого ряда является амоксициллин и метронидазол. Исключить из рациона фаст-фуд, острые, жирные и жареные продукты (4-5 кратный прием пищи).

Задача 22.

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи и ночью, на частую изжогу и отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания. Первые симптомы заболевания появились полтора месяца назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение: антациды, ферменты, спазмолитики с непродолжительным положительным эффектом.

Анамнез жизни. Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. При рождении вес 3200 г, рост 53 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарем профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. Последние 3 месяца у девочки участились головные боли в вечернее время, в связи с чем родители регулярно с целью обезболивания дают ребенку препараты ибупрофена.

Наследственный анамнез: у бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у матери – мигрени.

При осмотре: рост 145 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС – 62 -80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм. рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области эпигастрия и пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) отрицательные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 115 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л (0-40), АсТ - 19 Ед/л (0-40), об. белок - 70 г/л (64-83), α -амилаза - 29 е/л (28-100), об. билирубин - 14,2 мкмоль/л (3,5-21), пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л (до 5), ЩФ - 52 ед. (35-105)

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована вблизи кардии, кардия смыкается не полностью. Слизистая желудка во всех отделах гиперемирована в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (-).

УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь – не увеличен, функциональный перегиб в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое однородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
2. Рассчитайте цветовой показатель. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение основного заболевания необходимо назначить?
Диспансерное наблюдение.

Ответ

1. Основной диагноз. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (активная язва луковицы), впервые выявленная, неосложненная, фаза обострения, НПВС-ассоциированная. Сопутствующий диагноз. НПВС-гастропатия, дуодено-гастральный рефлюкс. ГЭРБ с катаральным эзофагитом. Головные боли напряжения.

Диагноз язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выставлен на основании данных анамнеза (наследственный анамнез отягощен по отцовской линии, указанные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев, применение НПВС, получала симптоматическое лечение без положительного эффекта), жалоб (голодные, ночные боли в животе, объективного осмотра (болезненность при пальпации в области проекции пилорoduоденальной зоны), результатов эндоскопического исследования (язвенный дефект слизистой диаметром $0,6-0,5$ см, покрытый бело-серым

налетом фибрина, окруженный венчиком гиперемии).

Диагноз НПВС-гастропатия выставлен на основании данных анамнеза и результатов ФЭГДС (гиперемия слизистой оболочки желудка).

Диагноз ГЭРБ с катаральным рефлюкс эзофагитом поставлен на основе жалоб (частая изжога и отрыжка воздухом) и результатов ФЭГДС.

Диагноз головные боли напряжения выставлен на основании данных анамнеза.

2. Анализ кала на скрытую кровь для исключения скрытого кровотечения, биохимия крови (обмен железа – ферритин, трансферин, сывороточное железо, ОЖСС) в связи со сниженным ЦП – 0,82.

3.

А) Диета с исключением острой, жареной, жирной и кислой пищи, а также консервантов, красителей. Антирефлюксный режим. Режим питания – 4 раза в день.

Б) Препараты из группы ИПП (эзомепразол, омепразол или аналоги) на 4-8 недель в дозе 40 мг в сутки.

В) Назначение препаратов железа. Консультация невролога для коррекции терапии головных болей.

Г) Наблюдение гастроэнтеролога. При сохранении жалоб на боли в животе контроль ФЭГДС с проведением биопсии.

Задача 23.

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастриальной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастриальной и пилорoduodenальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента?
3. Назовите принципы терапии данной патологии.

Ответ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (на основании анамнеза, жалоб и данных осмотра). Дифференциальный диагноз с ЯБ желудка, функциональной диспепсией.
2. ¹³C-уреазный дыхательный тест и/или определения антигена хеликобактера пилори в фекалиях, Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на геликобактер пилори (*Helicobacter pylori*), при одновременном проведении в ходе ЭГДС быстрого уреазного теста.
3. Эрадикационная терапия на 14 дней при НП-ассоциированной ЯБ, ИПП на 14 дней при НРотр, ИПП, прокинетики – при функциональной диспепсии

Задача 24.

Мальчик А. 12 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение полугода. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, диеты, стресса. Периодически беспокоит изжога. Последние несколько дней боли стали более интенсивными, возникают натощак или через 2 часа после еды. Купируются после приема пищи, антацидов. Диету ребенок не соблюдает. К гастроэнтерологу не обращался. Поступил по экстренным показаниям с болями в эпигастрии.

Анамнез жизни: Ребенок 2-й в семье. Аллергоанамнез: атопический дерматит на 1-м году, крапивница на укусы насекомых. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-п. кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни. Операции: по поводу пупочной грыжи в 6 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Фармакологический анамнез: за последние полгода антибактериальные препараты не принимал.

Состояние при поступлении средней тяжести. Удовлетворительного питания, физическое развитие среднее, гармоничное (вес 45 кг, рост 158 см). Appetit сохранен. Кожа и слизистые бледно-розовые, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, селезенка не

пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

Данные обследований:

Общий анализ крови: Hb – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 321×10^9 /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 46%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л (до 40), АсАт – 21 ед/л (до 40), амилаза – 74 ед/л (до 80), общий белок – 78 г/л (65 – 85), билирубин общий – 10,2 мкмоль/л (1,3 – 20,5).

Общий анализ мочи: без патологии.

Латекс-тест на АГ *H. pylori* положительный.

ФЭГДС Слизистая желудка и пищевода розовая, блестящая. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. По передней стенке и малой кривизне отмечаются активные язвы 0,3 х 0,2 и 0,4 х 0,3 см, с неровными контурами, частично фрагментированы, с перифокальной реакцией. По задней стенке - большой кривизне (на 3-5 часах) ближе к бульбодуоденальному переходу также отмечается активная язва размером 0,3×0,2 см, дно покрыто фибрином, фрагментирована, с перифокальной реакцией, без конвергенции складок.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Назначьте терапию. Какова ее продолжительность на современном этапе? В каком случае необходимо проводить контроль ФЭГДС?
3. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ

1. Язва двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, в активной стадии (множественные язвы луковицы), ассоциированная с хеликобактером
2. Эрадикационная терапия первой линии препаратами амоксициллин 1000 г х 2р, кларитромицин 500 мг х 2р, омепразол 40 мг х 2р. Назначается на 14 дней. Контроль ФЭГДС необходимо проводить в случае сохранения жалоб.
3. Наблюдение гастроэнтеролога, соблюдение режима питания, здоровый рацион питания, контроль эрадикации НР.

Задача 25.

В стационар в приемное отделение обратилась мама с мальчиком 6 лет. Жалобы на повторяющиеся приступы кашля, свистящее дыхание, затруднение дыхания, одышку. Из анамнеза известно, что в течение 2 месяцев родители отмечают у ребенка повторяющиеся приступы кашля, свистящего дыхания и одышки. Симптомы появляются преимущественно ночью или ранним утром. Уточнили, что 2 месяца назад семья впервые завела домашнее животное (кошку).

Анамнез жизни: ребенок от 2 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных самостоятельных родов. Выписан на 7 сутки, неонатальный скрининг проведен. Вакцинирован в соответствии с национальным календарем. Вскармливание смешанное. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые и шоколад. Семейный анамнез отягощен: тетя и дедушка – БА. При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, стабильное, лихорадки нет. Правильное телосложение, кожные покровы розовые, сухие с шелушениями. Тургор тканей удовлетворительный, подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно, отеков нет. Слизистые оболочки чистые, влажные, небные дужки и задняя стенка глотки не гиперемированы, миндалины не увеличены, наложений нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные. В легких дыхание жесткое, при аускультации выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы с усилением при форсированном выдохе. ЧДД 28 в мин. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 98 в мин. АД 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Стул у ребенка регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая.

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз. Какое обследование требуется провести, чтоб его подтвердить?
2. Какие препараты относятся к препаратам скорой помощи у детей??
3. Каковы показания для госпитализации ребенку с БА? Каковы показания для перевода в ОРИТ?

Ответ

1. Бронхиальная астма, персистирующая, легкое течение, приступный период.

Ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей является наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов свистящего дыхания (обычно более трех). Наличие атопии и отягощенный семейный анамнез.

Для уточнения диагноза следует провести спирометрию, бронходилатационный тест с целью подтверждения обратимости бронхиальной обструкции. Оценку функции внешнего дыхания в условиях форсированного выдоха рекомендуется осуществлять у детей с подозрением на БА в возрасте старше 5-6 лет (спирометрия: исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, исследование

дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов) и для мониторинга астмы.

2. К препаратам скорой помощи при бронхиальной астме относятся короткодействующие β_2 -агонисты. Целями лечения обострений БА является как можно более быстрое устранение бронхиальной обструкции и гипоксемии и предотвращение дальнейших рецидивов
3. Ребенку с бронхиальной астмой одним из показаний к госпитализации является более 8 ингаляций КДБА за последние 24 часа. Перевод в отделение реанимации осуществляют, если есть любой из следующих признаков: отсутствие ответа на сальбутамол в течение 1-2 часов; любые признаки тяжелого обострения; учащение частоты дыхательных движений (ЧДД) снижение сатурации O_2 .

Задача 26.

Мальчик 6 мес. поступает в стационар. Жалобы на кожные высыпания в виде папул и микровезикул, выраженный зуд кожи.

Анамнез заболевания: После перевода на искусственное вскармливание на коже щек появились высыпания в виде папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием. В возрасте 3 месяцев сыпь распространилась на все лицо за исключением носогубного треугольника, наружные поверхности плеч и бедер. С 4-месячного возраста кожные проявления заболевания усилились, появился выраженный зуд. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. После введения молочной каши состояние еще более ухудшилось: усилилось беспокойство, ребенок, практически, перестал спать, стал плохо есть.

При осмотре: состояние тяжелое, беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы в области лица, разгибательных поверхностей конечностей, груди и живота покрыты микровезикулами с серозным содержимым, которые быстро вскрывались с образованием «экзематозных колодцев». За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, желтого цвета. Моча светлая.

Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется

В анализе крови – эозинофилия до 17%. Уровне общ. IgE 4 kU/L. Уровень IgE-специфических антитела к белкам коровьего молока 17,6 kU/L.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз

2. Какие рекомендации по питанию можно дать при выявлении аллергии на белок коровьего молока.
3. Как оценивается степень тяжести атопического дерматита.

Ответ

1. Атопический дерматит, младенческая форма, тяжелое течение, обострение. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока).. Диагноз установлен на основании данных аллергоанамнеза (атопическая наследственность, связь появления первых симптомов с началом искусственного вскармливания, ухудшения состояния после введения молочной каши), клинической картины, типичной для атопического дерматита детей грудного возраста (характерная морфология и локализация кожного процесса), улучшения состояния на фоне диагностической элиминационной диеты
2. Рекомендуются элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов. При развитии симптомов пищевой аллергии, включая анафилаксию, что нередко наблюдается у детей и взрослых с сенсibilизацией к белкам пищевых аллергенов, установленной с помощью определения аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, рекомендованы элиминационные диеты с исключением причинно-значимых аллергенов. Детям с АБКМ, находящимся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот.
3. Оценка тяжести проводится по шкале SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis).

Площадь поражения, оцененная по шкале SCORAD (параметр A) составила 40. Интенсивность клинических проявлений (эритема, отек/папулы, корки/мокнутые, лихенификация, сухость кожи) составила 12. Общая оценка по формуле $A/5 + 7B = 92$. Заключение: состояние оценено, как тяжелое, поскольку сумма баллов приближается к максимальному значению индекса SCORAD (103)

Задача 27.

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 $37,8^{\circ}\text{C}$, 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.

Ответы:

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 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 28.

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:

4. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
5. Определите тактику ведения.

6. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответы:

4. 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.
5. 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.
6. 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 29.

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: Нb - 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, непрямого - 51 мкмоль/л, прямого – 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.

Ответы:

1. Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния-транзиторные.
2. Физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, милии, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечный диатез.
3. Домашний режим, адекватное вскармливание (грудное вскармливание по требованию), ежедневный туалет кожи. Специализированная терапия не требуется.

Задача 30.

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, культи 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 - $5.6 \times 10^{12}/л$, 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.

Задание

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?

Ответы:

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 31.

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, культи 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: непрямо - 120 мкмоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АСТ 40 ед/л, АЛТ 38 ед/л, глюкоза 4,3 г/л.

Задание

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?

Ответы:

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 сутки 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 32.

На приеме в поликлинике мальчик И. 5 месяцев. У матери жалоб нет. Ребенок наблюдается у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС. Уход хороший. Вскармливание искусственное (основная смесь – неадаптированная).

Ребенок спокоен при осмотре, улыбается, гулит. Переворачивается со спины на бок, голову удерживает хорошо. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Ребенок достаточной упитанности, тургор мягких тканей несколько снижен. Мышечный тонус ослаблен. Большой родничок - 2,0×2,0 см. Края податливые. Выражены лобные бугры, прощупываются реберные четки. Отмечается облысение на затылке, затылок плоский. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите группы риска и здоровья.
3. Какой лекарственный препарат следует назначить, в какой дозе и когда пригласить на контрольный осмотр для оценки эффективности терапии?

Ответы

1. Рахит, подострое течение.
2. Группа риска II, III, группа здоровья IIб.
3. Витамин D (холекальциферол) по 2000-3000 ЕД ежедневно в течение 4-х недель. Повторный осмотр ребенка необходимо провести через 4 недели для оценки эффективности терапии. По окончании лечения витамином D сразу перейти на профилактическую дозу.

Задача 33.

На приеме в поликлинике девочка Д. 5,5 месяцев. У матери жалоб нет. Ребенок наблюдается у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС. Уход хороший. Вскармливание искусственное (основная смесь – неадаптированная).

Ребенок спокоен при осмотре, улыбается, гулит. Переворачивается со спины на бок, голову удерживает хорошо. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Ребенок достаточной упитанности, тургор мягких тканей несколько снижен. Мышечный тонус ослаблен. Большой родничок - 2,0×2,0 см. Края

податливые. Выражены лобные бугры, прощупываются реберные четки. Отмечается облысение на затылке, затылок плоский. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какой лекарственный препарат следует назначить, в какой дозе и когда пригласить на контрольный осмотр для оценки эффективности терапии?
3. Возможна ли вакцинация данного ребенка?

Ответы

1. Рахит, подострое течение.
2. Витамин D (холекальциферол) по 2000-3000 ЕД ежедневно в течение 4-х недель. Повторный осмотр ребенка необходимо провести через 4 недели для оценки эффективности терапии. По окончании лечения витамином D сразу перейти на профилактическую дозу.
3. Профилактические прививки – не противопоказаны.

Задача 34.

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5°C, появились боли в животе, частые, болезненные мочеиспускания. Наследующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20- 30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 50 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – много.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы

1. Инфекция мочевыводящих путей, рецидивирующее течение, активная стадия.

На основании жалоб: дизурия (эпизоды неудержания мочи); на основании данных лабораторных исследований: общего анализ крови - вариант нормы; общего анализа мочи - мочевого синдрома: умеренная лейкоцитурия, бактериурия, слизь.

2. УЗИ почек и мочевого пузыря, мочевины, креатинина сыворотки крови, электролиты крови (калий, натрий, кальций), С-реактивный белок; бактериологический метод исследования с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, осмотр гинеколога.

3. Рекомендована госпитализация при наличии следующих показаний: Дети с острым пиелонефритом и лихорадкой раннего возраста (менее 1 года); Наличие симптомов интоксикации и рвоты ; Отсутствие возможности осуществлять оральную регидратацию при наличии признаков обезвоживания; Бактериемия и сепсис.

Задача 35.

Девочка 12 лет от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении 3500 гр., длина 49 см. Раннее развитие без особенностей, профилактические прививки по графику. Аллергологический анамнез отягощен: пищевая аллергия на цитрусовые, лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде экзантемы. Перенесенные заболевания: ветряная оспа и эпидемический паротит.

Заболела остро, когда после переохлаждения появились боли в поясничной области и нижней трети живота, лихорадка до 40°C, учащенные болезненные мочеиспускания.

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, повторная рвота. Кожные покровы бледные, выражен периорбитальный цианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 28 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, громкие, ЧСС 82 удара в 1 минуту. Живот

болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобком. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул в норме.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц - $23,8 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с/я - 70%, эозинофилы - 2%, л - 15%, м - 3%, СОЭ - 45 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1010, реакция щелочная, белок 0,09г/л, лейкоциты – 100-150 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки – 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к пенициллину, оксациллину, цефамизину, гентамицину, фурагину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
Что способствовало возникновению заболевания?
Что следует уточнить в дополнительном анамнезе?
3. Назначьте лечение.

Ответы

1. Пиелонефрит, острое течение, активная стадия.
2. УЗИ почек и мочевого пузыря на фоне «физиологически наполненного» мочевого пузыря, с определением остаточного объема мочи, которое позволяет дать оценку размерам почек, состоянию чашечно-лоханочной системы, объему и состоянию стенки мочевого пузыря, заподозрить наличие аномалий строения мочевой системы (расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), стеноз мочеточника, и.др.), камней. Для выявления вышеуказанных причин необходимо проводить УЗИ обследования при наполненном мочевом пузыре, а также после микции. Биохимический анализ крови.

Эпизод переохлаждения способствовал развитию заболевания.

Наличие заболеваний мочевой системы у родственников и ранее выявленных изменений у ребенка.

3. Безотлагательное назначение антибактериальных препаратов: амоксициллин + клавулановая кислота 50-60 мг/кг/сут (по амоксициллину) -10 суток

Задача 36.

Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к педиатру с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе.

При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у

ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не изменены. 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. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).

Результаты амбулаторного обследования:

Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная, бактериурия ++.

УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелэктазию слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

См.с обратной стороны

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
3. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании? Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

Пиелонефрит и пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Ответы

1. Острый пиелонефрит, активная стадия. Интоксикационный синдром: недомогание, слабость, снижение аппетита фебрильная лихорадка, общее недомогание. Лейкоцитурия. Признаки активного бактериального воспаления по результатам клинического анализа крови. Результаты УЗИ почек и мочевого пузыря – нельзя исключать наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса.
2. Микционная цистография, показания: увеличение почек, расширение чашечно-лоханочной системы, рецидивирующее течение инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: выявление пузырно-мочеточникового рефлюкса.
3. Защищенные аминопенициллины (амоксциллин/ клавулановая кислота), цефалоспорины 3 поколения (цефиксим, цефтибутен) для перорального использования, курс 10-14 дней. препарат нитрофуранового ряда – фуразидин.

Задача 37.

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°C.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъем температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты – 20%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,2 г/л, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 238 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

Диагноз: ПН и ПМР

Ответы

1. Острый пиелонефрит, активная стадия. План дополнительного обследования должен включать микционную цистографию, показания: увеличение почек, расширение чашечно-лоханочной системы, рецидивирующее течение инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: выявление пузырно-мочеточникового рефлюкса. Посев мочи. Биохимический анализ крови и мочи, моча по Зимницкому.
2. Обоснование диагноза: Интоксикационный синдром: недомогание, слабость, снижение аппетита фебрильная лихорадка, общее недомогание. Лейкоцитурия. Признаки активного бактериального воспаления по результатам клинического анализа крови. Результаты УЗИ почек и мочевого пузыря – нельзя исключать наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса.
3. Защищенные аминопенициллины (амоксциллин/ клавулановая кислота), цефалоспорины 3 поколения (цефиксим, цефтибутен) для перорального использования, курс 10-14 дней. Коррекция АБ терапии возможна по результатам посева мочи.

Задача 38.

Девочка 10 лет с матерью на приеме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Мама давала Парацетамол.

Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отеков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3250 г, длина 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.

При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабopоложительный с обеих сторон. Отеков нет. Вес 29 кг, рост 138 см.

Полный анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час.

Полный анализ мочи: светло-желтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – 350 в п/з, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+), бактерии ++.

Общий белок – 78 г/л, альбумин – 54%, Креатинин крови – 68 мкмоль/л, мочеви́на – 4,4 ммоль/л, СКФ – 110 мл/мин/1,73м². Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте сформулированный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

Ответы

1. Острый пиелонефрит, активная стадия. Функция почек сохранна. Интоксикационный синдром: фебрильная лихорадка, общее недомогание. Тянувшая боль в пояснице. Лейкоцитурия. Признаки активного бактериального воспаления по результатам клинического и биохимического анализа крови. Сохранение функции почек установлено на основании: нормального значения азотистых шлаков в крови, удовлетворительной концентрационной функции почек по значению удельной плотности мочи.
2. УЗИ почек и мочевого пузыря, показания: первый эпизод инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: оценить размеры почек, выявить или исключить обструкцию мочеотведения. Микционная цистография, показания: увеличение почек, расширение чашечно-лоханочной системы, рецидивирующее течение инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: выявление пузырно-мочеточникового рефлюкса.
3. этиотропное лечение Защищенные аминопенициллины (амоксциллин/ клавулановая кислота), цефалоспорины 3 поколения (цефиксим, цефтибутен) для перорального использования, курс 10-14 дней.

Задача 39.

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты и сорбенты, без эффекта.

Из анамнеза. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице.

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев розовый. Язык у корня обложен налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в левой подвздошной области. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания

положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный. Мочеиспускание безболезненное. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/л$, э - 0, п/я- 13%, с/я - 66%, моноциты 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27мм/ч.

Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочная фосфатаза – 32 ед/л.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - 300 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., бактерии - много, слизь - ++.

УЗИ внутренних органов: органы брюшной полости без видимой патологии;

УЗИ почек - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, четкие, левая 125x50мм (норма 95x37мм), паренхима не истончена – 20 мм, правая 98x36мм (норма 94x38мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз
 2. Составьте план дополнительного обследования больного.
 3. Какое лечение необходимо назначить больному? Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?
- Диагноз: пиелонефрит

Ответы

1. Острый пиелонефрит, активная стадия. Интоксикационный синдром: фебрильная лихорадка, общее недомогание. Тянущая боль в пояснице. Лейкоцитурия. Признаки активного бактериального воспаления по результатам клинического и биохимического анализа крови.
2. Оценка уровня креатинина и мочевины крови. Моча по Зимницкому. УЗИ почек и мочевого пузыря, показания: первый эпизод инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: оценить размеры почек, выявить или исключить обструкцию мочеотведения. Микционная цистография, показания: увеличение почек, расширение чашечно-лоханочной системы, рецидивирующее течение инфекции мочевыводящих путей, цель исследования: выявление пузырно-мочеточникового рефлюкса.
3. этиотропное лечение Защищенные аминопенициллины (амоксциллин/ клавулановая кислота), цефалоспорины 3 поколения (цефиксим, цефтибутен) для перорального использования, курс 10-14 дней. При отсутствии выявления признаков вторичности пиелонефрита наблюдение 5 лет, при выявлении их наблюдение до перевода во взрослую сеть.

Задачи 40.

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у девочки 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост – 78 см, масса тела – 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали всё это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнаёт только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорождённого. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отёчность без чёткой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В лёгких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс – 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови: Холестерин крови – 12 ммоль/л, ТТГ в сыворотке крови – 42 мкЕд/мл, Т4 свободный – 3,1 мкЕд/мл.

Анализ мочи: относительная плотность – 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

Ответы:

1. Врождённый гипотиреоз. Задержка умственного, физического развития, физическое развитие низкое, дисгармоничное, макроглоссия, сухая отёчная кожа, артериальная гипотония, брадикардия, склонность к запорам. Гиперхолестеринемия, анемия, повышение ТТГ, Т4 свободного.
2. Консультация детского эндокринолога, невролога. УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников, ЭКГ. Контроль клинического анализа крови, биохимического анализа крови (внимание на ТТГ, Т3, Т4 – свободные, холестерин).
3. Наблюдение врачом-эндокринологом, неврологом и контроль анализов в динамике. Контроль показателей физического и психического развития ребёнка соответственно возрасту после назначения лечения.

Задача 41.

Первичный патронаж новорожденного.

Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3 см, не напряжен. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание

пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
3. При обследовании ребенка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребенка. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

Ответы:

1. Врожденный гипотиреоз. Признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Рефлексы вызываются снижены. Мышечная гипотония.
2. Срочное проведение неонатального скрининга, ТТГ, Т3, Т4 свободные, ОАК, глюкоза натощак.
3. Назначение тиреоидных гормонов – Левотираксина не позже 1 месяца жизни. Наблюдение детского эндокринолога, каждые 3 месяца контроль анализов (ТТГ, Т3, Т4 свободные)

Задача 42.

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. Перианальная область не изменена. Нервная система: дистальный гипергидроз, дермографизм красный, разлитой

Вопросы к задаче:

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.

Задача 43.

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 отрывка. 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, эхогенность повышена, контуры ровные, капсула не уплотнена, увеличена в области головки, структура диффузно неоднородна за счет дополнительных высокоимпульсных эхосигналов. По остальным органам без отклонений.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план лечения.

Ответы

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 44.

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 пилорoduodenальной 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 - $390 \times 10^9/л$.

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 1,5х1,7 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 к задаче:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

Ответы

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 натошак, 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 45.

Мальчик 7 лет. На момент осмотра активных жалоб нет.

Из анамнеза известно: в весенний период (апрель- май) беспокоит сильное затруднение носового дыхания, отек носа, зуд, чихание, покраснение глаз. Эти симптомы возникают каждую весну в течение последних 2х лет. В терапии применяли антигистаминные препараты в возрастной дозировке ситуационно, промывание носа солевыми растворами, спрей в нос с топическими ГКС нерегулярно, антигистаминные капли в глаза. Терапия была эффективна, но не полностью контролировала симптомы. В период обострения пришлось полностью отказаться от прогулок, был нарушен сон. Оральный аллергический синдром: отрицает. Аллергоанамнез: атопический дерматит манифестировал в 3 месяца, после 1 года- клиническая ремиссия.

Семейный анамнез: папа – уртикарные высыпания на коже на цитрусовые, солнечная крапивница. Бытовые условия: кот, цветы в горшках в большом количестве. Привит в соответствии с национальным календарем. Операции:

проводилась аденотомия в 4 года

При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧСС 85/мин. ЧД 19/мин. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи.

Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Паренхиматозные органы без особенностей. Физиологические отправления не нарушены со слов.

Прик-тесты:

D.farinae -

D. pteronyssinus -

Кошка -

Собака -

Библиотечная пыль -

Смесь деревьев ++++

Береза ++++

Травы раннецветущие -

Травы сорные -

Одуванчик -

Вопросы

- 1) Поставьте диагноз в соответствии с общепринятой классификацией.
- 2) Интерпретируйте результаты полученных анализов, расскажите об особенностях метода исследования, с помощью которого проводилась диагностика.
- 3) Какую тактику ведения Вы выберете для этого пациента?

Ответ

1. Интермиттирующий аллергический риноконъюнктивит, вызванный сенсебилизацией к пыльце растений (поллиноз), средней степени тяжести, вне обострения. Сенсебилизация к деревьям, березе.
2. Методом прик-тестов установлена сенсебилизация высокой степени к деревьям, березе. Суть метода: на поверхность кожи наносится капля экстракта аллергена, затем в этом же месте делается PRIK (неглубокий прокол) или скарификация и через 15-20 минут оценивается местная реакция путем измерения размера папулы, которая образовалась в месте повреждения кожи. Или не образовалась- в этом случае мы будем считать результат отрицательным. Достоинства очевидны: быстро, безболезненно, информативно. Противопоказания: обострение аллергического заболевания или любого хронического заболевания; распространенные изменения кожи; стойкие локальные изменения кожи в месте планируемой диагностической манипуляции; прием ряда лекарственных препаратов (антигистаминных, стероидов В-блокаторов, антидепрессантов, антибиотиков); ранний детский возраст; анафилактические реакции при проведении кожных проб ранее в анамнезе; беременность; проведение в период пыления причинно-значимого аллергена.

3. Элиминационные мероприятия: редкое проветривание помещений для уменьшения концентрации пыльцы, передвижение в автомобиле с закрытыми окнами, использование очистителей воздуха, частая влажная уборка, смена/чистка фильтров кондиционера. Возможно применение барьерных методов лечения (спреи в нос, фильтры для носа, респираторы). После прогулки рекомендовано мытье рук, умывание, смена одежды.

Проводить мониторинг пыления, в период поллинии значимых аллергенов следует принимать неседативные антигистаминные препараты ежедневн. В носовые ходы при обострении аллергического ринита использовать топические ГКС курсом 2-4 недели, в глаза топические а/гистаминовые препараты курсом 5-7 дней.

Рассмотреть вопрос об АСИТ.

Задача 46.

Девочка 8 лет. При осмотре предъявляет жалобы на заложенность носа, волдыри на открытых участках тела (на лице и руках), которые появились во время прогулки по морозу.

Из анамнеза известно: с 2х постоянная заложенность нос (чаще без отделяемого), покраснение глаз в весенний период (апрель –май) и осенью (сентябрь –октябрь). Такая же симптоматика наблюдается при контакте с кошками и некоторыми дезинфицирующими средствами. В амбулаторной карте зафиксирован обструктивный бронхит –7 раз, однократно лечение проводилось в стационаре, все остальные эпизоды купировались амбулаторно. В терапии применяли ингаляционную терапию беродуалом, пульмикортом, что было эффективно, способ доставки- небулайзер.

Сейчас кашель беспокоит нечасто больше в вечернее время дома, усиливается при любых физических нагрузках, примерно 1 раз в неделю возникают ночные приступы, которые купируются после ингаляции с беродуалом. Каждое ОРВИ сопровождается длительным приступообразным сухим кашлем.

Аллергоанамнез: крапивница возникает в холодное время года и иногда весной весной после употребления в пищу абрикосов.

Семейный анамнез: папа - бронхиальная астма, пыльцевая, бытовая, эпидермальная сенсibilизация. Бытовые условия: домашних животных и пылесборников нет, квартира сухая Привита в соответствии с национальным календарем.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧСС 88 /мин. ЧД 20/мин.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Носовое дыхание затруднено умеренно. Отделяемое из носовых ходов отсутствует. Зев не гиперемирован. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены, безболезненные при пальпации. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов выслушать не удалось. Физиологические отправления не нарушены со слов.

Прик-тесты:

D. farinae -

D. pteronyssinus -

Кошка +++
Собака –
Библиотечная пыль –
Смесь деревьев +++++
Береза +++++
Травы раннецветущие -
Травы сорные -
Одуванчик –

Спец IgE:

ПАНЕЛЬ АЛЛЕРГЕНОВ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ГРИБОВ MP1 (M1 penicillium notatum, M2 cladosporium herbarum, M3 aspergillus fumigatus, M5 candida albicans, M6 alternaria tenuis) – недетектируемая

ПАНЕЛЬ АЛЛЕРГЕНОВ HP1 H1 (домашняя пыль (greer), D1 dermatophagoides pteronyssinus, D2 dermatophagoides farinae, I6 таракан-пруссак) – недетектируемая

ФВД: снижение легочной функции по обструктивному типу, ОФВ1- 72%, проба с сальбутамолом (200 мкг) +19%.

Вопросы

Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз в соответствии с общепринятой классификацией.

Интерпретируйте результаты проведенного обследования.

Какую терапию и тактику наблюдения Вы порекомендуете пациенту?

Ответ

1. Бронхиальная астма, персистирующее течение, средней тяжести, внеприступный период.

Либо бронхиальная астма, впервые установленная. (МКБ 10: [J45.0](#) Астма с преобладанием аллергического компонента)

Обоснование: зафиксированные повторные эпизоды обратимой бронхиальной обструкции, которые возникают на фоне инфекционных эпизодов, после контакта с аллергенами;отягощенный аллергоанамнез (поллиноз, персистирующий ринит, крапивница); наличие семейной истории; снижение вентилиционной функции легких, положительный результат пробы с бронходилататором; лабораторное подтверждение сенсебилизации.

Сопутствующие заболевания: персистирующий аллергический ринит с сенсебилизацией к шерсти кота. Поллиноз. Крапивница холодовая.

2. Методом прик тестов установлена сенсебилизация очень высокой степени к деревьям, березе, коту. Методом специфических IgE не установлена сенсебилизация к микроскопическим грибам и домашней пыли. При проведении спирометрии зафиксировано снижение ОФВ1 до 72% говорит о снижении бронхиальной проводимости, положительная проба с БД подтверждает обратимость бронхиальной обструкции.
3. Контроль триггеров астмы. Избегать кота. Базисная терапия в соответствии с 3 ступенью по GINA (низкие дозы комбинированных препаратов, например салметерол/флутиказон 25/50 мкг по 1-2 дозы x 2р/д),

препарат вводится через спейсер с мундштуком. Мониторинг изменений пикфлоуметрии: проводить дважды в сутки (делать по 3 попытки, лучшую отмечать в дневнике) + обязательны пометки о терапии, самочувствии, дополнительных симптомах.

Проводить мониторинг пыления и в период полликации значимых аллергенов и при обострении аллергического ринита следует принимать неседативные антигистаминные препараты ежедневно в одно и то же время. В носовые ходы при обострении аллергического ринита использовать топические ГКС курсом 2-4 недели.

В терапии крапивницы неседативные антигистаминные препараты. Следует избегать холода (слишком легкая одежда, употребление холодных напитков, пищи, длительное пребывание на холоде).

Задача 47.

Мальчик 6 лет. На момент осмотра жалобы не предъявляет.

Из анамнеза известно: в течение последних 3-х лет беспокоит заложенность носа, зуд и покраснение глаз в середине июля, осенью (сентябрь) и при контактах с собакой. Контакт с животными обычно происходит в гостях, дома животных нет. В терапии антигистаминные препараты (зиртек в возрастной дозировке) с хорошим эффектом. Аллергоанамнез: атопический дерматит с 3х месяцев до 3х лет, сейчас клиническая ремиссия по заболеванию. Семейный анамнез: мама – поллиноз, бабушка -поллиноз, лекарственная и пищевая сенсibilизация. Вакцинация в соответствии с национальным календарем. При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧСС 88/мин. ЧД 19 /мин. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. Физиологические отправления не нарушены со слов.

Вопросы

- 1) Поставьте диагноз в соответствии с общепринятой классификацией
- 2) Интерпретируйте результаты анализов и расскажите, какими методами они проведены.
- 3) Какую терапию и тактику Вы порекомендуете пациенту?
Приложение к задаче
- 4) **Прик-тесты:**
D.farinae -
- 5) D. pteronyssinus -
- 6) Кошка -
Собака +++
- 7) Библиотечная пыль –
- 8) Смесь деревьев -
- 9) Береза-
- 10) Травы луговые+++
- 11) Тимофеевка +++

12) Травы сорные -

13)

14) **Спец IgE:** ПАНЕЛЬ АЛЛЕРГЕНОВ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ГРИБОВ MP1 (M1 penicillium notatum, M2 cladosporium herbarum, M3 aspergillus fumigatus, M5 candida albicans, M6 alternaria tenuis) – недетектируемая

Ответ

1. Интермиттирующий аллергический ринит, легкое течение, вне обострения. Аллергический ринит, вызванный сенсебилизацией к пыльце растений (поллиноз). Сенсебилизация к луговым травам, тимофеевке.
2. Методом прик-тестов установлена сенсебилизация высокой степени к луговым травам, тимофеевке. Суть метода: на поверхность кожи наносится капля экстракта аллергена, затем в этом же месте делается PRIK (неглубокий прокол) или скарификация и через 15-20 минут оценивается местная реакция путем измерения размера папулы, которая образовалась в месте повреждения кожи. Или не образовалась- в этом случае мы будем считать результат отрицательным. Достоинства очевидны: быстро, безболезненно, информативно. Противопоказания: обострение аллергического заболевания или любого хронического заболевания; распространенные изменения кожи; стойкие локальные изменения кожи в месте планируемой диагностической манипуляции; прием ряда лекарственных препаратов (антигистаминных, стероидов В-блокаторов, антидепрессантов, антибиотиков); ранний детский возраст; анафилактические реакции при проведении кожных проб ранее в анамнезе; беременность; проведение в период пыления причинно-значимого аллергена. Методом специфических иммуноглобулинов E не установлена сенсебилизация к грибковым аллергенам.
3. Элиминационные мероприятия: редкое проветривание помещений для уменьшения концентрации пыльцы, передвижение в автомобиле с закрытыми окнами, использование очистителей воздуха, частая влажная уборка, смена/чистка фильтров кондиционера. Возможно применение барьерных методов лечения (спреи в нос, фильтры для носа, респираторы). После прогулки рекомендовано мытье рук, умывание, смена одежды.

Проводить мониторинг пыления, в период полликации значимых аллергенов принимать неседативные антигистаминные препараты ежедневно в одно и то же время. В носовые ходы при обострении аллергического ринита использовать топические ГКС курсом 2-4 недели, в глаза топические а/гистаминные препараты курсом 5-7 дней.

Избегать контакт с собакой, имеет смысл превентивный прием неседативных а/гистаминных препаратов. Рассмотреть вопрос об АСИТ к травам.

Задача 48.

Мальчик 5 лет. Жалобы сухой кашель, заложенность носа

Из анамнеза известно: сухой кашель беспокоит с 2,5 лет почти постоянно. Мама отмечает усиление в осенью в сырую погоду, зимой на морозе, всегда в период ОРВИ (кашель сохраняется 1-2 месяца). В период респираторных инфекций приступы кашля практически каждую ночь, проходит после ингаляции через небулайзер. Вне заболеваний ночные приступы обычно не чаще 1 раза в неделю, иногда проходят самостоятельно. Физическая нагрузка, бег – провоцируют кашель.

С начала мая по август 2021 были в Калининграде, без жалоб. Приехали в конце августа в Москву – чихание, насморк, лающий кашель возобновились. В амбулаторной карте диагноза ОРВИ, обструктивный бронхит, в назначениях-небулайзерная терапия (беродуал+ пульмикорт), от которой мама отмечает каждый раз хороший эффект. Тяжелый обструктивный бронхит перенес зимой 2021г (госпитализация в тяжелом состоянии в стационар, сутки в ОРИТ в связи с выраженной ДН), выписан на терапии симбикорт 80/4,5 по 1 дозе 2 раза в день 3 месяца месяц с эффектом (весь этот период бронхообструктивных эпизодов и кашля не было). Вакцинация в соответствии с национальным календарем. Семейный анамнез: бабушка – бронхиальная астма

Бытовые условия: кошка, рыбки, цветы в горшках. Обратился для верификации диагноза, коррекции терапии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧСС 100 /мин. ЧД 24 /мин.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание жесткое, проводится во все отделы равномерно, выдох удлинен, хрипы выслушать не удалось. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены со слов

Вопросы

- 1) Поставьте предварительный диагноз в соответствии с общепринятой классификацией.
 - 2) Интерпретируйте результаты анализов
 - 3) Какую терапию и тактику Вы порекомендуете пациенту?
- Приложение к задаче

4)

5) Прик-тесты:

D.farinae ++++

6) D. pteronyssinus +++

7) Кошка -

Собака –

8) Библиотечная пыль –

9) Смесь деревьев -

10) Береза -

11) Травы раннецветущие -

12) Травы сорные -

13) Одуванчик –

14) Спец IgE:

ПАНЕЛЬ АЛЛЕРГЕНОВ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ГРИБОВ MP1 (M1 penicillium notatum, M2 cladosporium herbarum, M3 aspergillus fumigatus, M5 candida albicans, M6 alternaria tenuis)- 0 класс – недетектируемая

15) Спец IgE лафния 0 класс – недетектируемая

- 16) **ФВД:** снижение легочной функции по обструктивному типу, ОФВ1- 78%, проба с сальбутамолом (200 мкг) +13% (базисная терапия отменена за 2 дня до исследования)

Ответ

1. Бронхиальная астма, персистирующее течение, средней тяжести, внеприступный период. Либо бронхиальная астма, впервые установленная. Период (МКБ 10: [J45.0](#) Астма с преобладанием аллергического компонента)
Обоснование: зафиксированные повторные эпизоды обратимой бронхиальной обструкции, которые возникают на фоне инфекционных эпизодов, после контакта с аллергенами; отягощенный аллергоанамнез (персистирующий ринит); наличие семейной истории; снижение вентиляционной функции легких, положительный результат пробы с бронходилататором; лабораторное подтверждение сенсебилизации.

Сопутствующие заболевания: персистирующий аллергический ринит с сенсебилизацией к клещам домашней пыли.

2. Методом прик тестов установлена сенсебилизация очень высокой степени к клещам домашней пыли. Методом специфических IgE не установлена сенсебилизация к микроскопическим грибам и дафниям (корм для рыб). При проведении спирометрии зафиксировано снижение ОФВ1 до 78% говорит о снижении бронхиальной проводимости, положительная проба с БД подтверждает обратимость бронхиальной обструкции.
3. Контроль триггеров астмы. Стирка постельных принадлежностей при 60-90 С (не реже 1-2 раз в месяц), стирка с акарицидными средствами 1 раз в 3 месяца. Матрасы, мягкую мебель рекомендовано обрабатывать акарицидными средствами 1 раз в 6 месяцев (согласно инструкции производителя). Рекомендовано использование специализированных защитных чехлов для мебели, убрать ковры, мягкие игрушки, частая влажная уборка, уборка пылесосом в отсутствии пациента (пылесосы с HEPA-фильтрами, моющие пылесосы, пароочистители). Оптимальная влажность в помещении 30-50%.

Базисная терапия в соответствии с 3 ступенью по GINA (низкие дозы комбинированных препаратов). Продолжить симбикорт 4,5/80 по 1 дозе 2 раза в день. Продолжить данную ступень терапии еще 3 месяца, затем контроль ФВД и пересмотр. Мониторинг изменений пикфлоуметрии: проводить дважды в сутки (делать по 3 попытки, лучшую отмечать в дневнике) + обязательны пометки о терапии, самочувствии, дополнительных симптомах.

В носовые ходы при обострении аллергического ринита использовать топические ГКС курсом 2-4 недели.

Задача 49.

Девочка 9 лет, на момент осмотра активных жалоб нет.

Из анамнеза известно: весной (апрель- май) беспокоит затруднение носового дыхания, ринорея, частое чихание, проявления конъюнктивита. Явления поллиноза беспокоят с 6 лет (уже 3 года, сильнее от года к году). В терапии используют антигистаминные препараты, отмечают их эффективность.

Оральный аллергический синдром: косточковые, морковь, орехи. Семейный анамнез: мама, сестра- поллиноз.

Бытовые условия: домашних животных нет, квартира сухая, есть ковры и мягкие игрушки

Наблюдается у ЛОР по поводу хронического тонзиллита.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ЧСС 88 /мин. ЧД 17/мин.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. Физиологические отправления не нарушены со слов.

Вопросы

- 1) Поставьте предварительный диагноз в соответствии с общепринятой классификацией
- 2) Интерпретируйте результаты анализов
- 3) Какую терапию и тактику Вы порекомендуете пациенту?

Приложение к задаче

Прик-тесты:

D.farinae -

D. pteronyssinus -

Кошка -

Собака –

Библиотечная пыль -

Смесь деревьев +++++

Береза +++++

Травы раннецветущие -

Травы сорные -

Одуванчик –

Ответ

1. Интермиттирующий аллергический риноконъюнктивит (поллиноз), легкой степени, вне обострения. Сенсебилизация к деревьям, березе.
2. Методом прик-тестов установлена сенсебилизация высокой степени к деревьям, березе. Суть метода: на поверхность кожи наносится капля экстракта аллергена, затем в этом же месте делается PRIK (неглубокий прокол) или скарификация и через 15-20 минут оценивается местная реакция путем измерения размера папулы, которая образовалась в месте повреждения кожи. Или не образовалась- в этом случае мы будем считать результат отрицательным. Достоинства очевидны: быстро, безболезненно, информативно. Противопоказания: обострение аллергического заболевания или любого хронического заболевания; распространенные изменения кожи; стойкие локальные изменения

кожи в месте планируемой диагностической манипуляции; прием ряда лекарственных препаратов (антигистаминных, стероидов В-блокаторов, антидепрессантов, антибиотиков); ранний детский возраст; анафилактические реакции при проведении кожных проб ранее в анамнезе; беременность; проведение в период пыления причинно-значимого аллергена.

3. Элиминационные мероприятия: редкое проветривание помещений для уменьшения концентрации пыльцы, передвижение в автомобиле с закрытыми окнами, использование очистителей воздуха, частая влажная уборка, смена/чистка фильтров кондиционера. Возможно применение барьерных методов лечения (спреи в нос, фильтры для носа, респираторы). После прогулки рекомендовано мытье рук, умывание, смена одежды.
4. Проводить мониторинг пыления, в период полликации значимых аллергенов принимать неседативные антигистаминные препараты ежедневно в одно и то же время. В носовые ходы при обострении аллергического ринита использовать топические ГКС курсом 2-4 недели, в глаза топические а/гистаминовые препараты курсом 5-7 дней. Рассмотреть вопрос об АСИТ

Задача 50.

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.

Ответы:

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 51.

Мальчик 10,5 лет поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отеками в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000г, длина 49см. На естественном вскармливании до 3 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ОРВИ (боль в горле, насморк и кашель), но школу посещал. Заболевание началось с повышения утомляемости, головной боли, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/105 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. За сутки выделил примерно 200 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я -71%, э -1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 1,5 г/л, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты – 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры – 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ -42 мг/л, калий – 6,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген -7,2 г/л, Д-димеры 1500.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка – 122x50 мм, паренхима – 17мм. Правая почка – 125x47 мм, паренхима - 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Тактика дальнейшего обследования?
2. Генез отека у данного больного?
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. В результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера с 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.
3. Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отеочный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.

Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 52.

Мальчик 10,5 лет поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отеочным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000г, длина 49см. На естественном вскармливании до 3 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ОРВИ (боль в горле, насморк и кашель), но школу посещал. Заболевание началось с повышения утомляемости, головной боли, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/105 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. За сутки выделил примерно 200 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 1,5 г/л, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты – 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры – 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ -42 мг/л, калий – 6,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген -7,2 г/л, Д-димеры 1500.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка – 122x50 мм, паренхима – 17мм. Правая почка – 125x47 мм, паренхима - 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Тактика дальнейшего обследования?
2. Генез отеочного синдрома у данного больного?
3. Составьте план лечения.

Ответы

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом.
Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. В результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера с 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.
3. Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отеочный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.

Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 53.

Мальчик 12 лет поступил в отделение с жалобами на вялость, головную боль, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3500г, длина 52см. На естественном вскармливании до 6 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 3-5 раз в год болеет ОРВИ.

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ангину, самостоятельно применяли амоксициллин в течение 5 дней. Заболевание началось с раздражительности, утомляемости, головной боли, появления мочи красного цвета. Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 155/95 мм рт.ст. ЧСС - 90 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2см из-под реберной дуги. За сутки мочился 1 раз, небольшим объемом.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 5,1 ммоль/л, мочевины - 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ 55, калий - 6,8 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 8,5 г/л, Д-димеры 2010.

Общий анализ мочи: белок - 1,2 г/л, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/з.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка - 122x50мм, паренхима - 17мм. Правая почка - 125x47мм, паренхима - 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханки щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании следует думать? Патогенез мочевого синдрома?
2. Показано ли назначение гормональной терапии данному ребенку? Какая диета необходима этому ребенку?
3. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отечного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. Гормональная терапия не нужна. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отечный синдромы).
3. Прогноз благоприятный.

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев не резко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

При обследовании по cito:

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, тромбоциты – $347 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры–эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
2. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
3. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Ответы

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отеочный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.
3. Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 55.

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, с использованием кефира, 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. Витамин Д ребенок не получал.

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 с 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: гемоглобин - 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 к задаче:

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?

Ответы

1. Рахит, период разгара, средней степени тяжести. Гипохромная анемия легкой степени тяжести. Гипотрофия 1 степени. Дефицит витамина Д и дефекты питания.
2. Биохимический анализ крови. УЗИ органов брюшной полости и почек. Копрограмма.
3. Нормализация режима дня; полноценное питание. В питании увеличить количество овощного прикорма. Через 3-4 дня надо назначать витамин Д по 2000-4000 МЕ в день для лечения рахита на 4-6 недель с последующим переходом на прием профилактической дозы витамина Д (1000-500 МЕ) до 6-7 лет. Профилактические мероприятия: рациональное вскармливание, режим, прогулки, специфическая профилактика рахита.

Задачи 56.

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года.

Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 26 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки у матери (курит). С одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери.

Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3). Психометрия: Аз - узнает близкого человека (радуется); Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеется в ответ на речевое общение с ним; Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней; Д.о. - не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору; Ра - гулит; Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребенку. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

Ответы

1. Рахит, период разгара, средней степени тяжести. Группа здоровья 2.
2. Пациенту рекомендовано: биохимическое исследование крови (ионизированный кальций, общий кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, концентрация витамина Д) для уточнения гипокальциемии, верификации диагноза «рахит» и периода рахита; КОС для оценки выраженности алкалоза.
3. Максимально ограничить в питании содержание коровьего молока (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма. Через 3-4 дня надо назначать витамин D по 2000-4000 МЕ в день для лечения рахита на 4-6 недель с последующим переходом на прием профилактической дозы витамина Д (1000-500 МЕ) до 6-7 лет. Профилактические мероприятия: рациональное вскармливание, режим, прогулки, специфическая профилактика рахита. Вакцинация не противопоказана.

Девочка 9 месяцев жизни, впервые осматривается педиатром после переезда из города Владивосток.

Из анамнеза известно, что девочка от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах, I срочных родов. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. На искусственном вскармливании с рождения. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир.

При осмотре: девочка пониженного питания, голова увеличена в размерах с преобладанием мозговой части черепа, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей снижен. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС – 130 уд/мин. В легких пуэрильное дыхание. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,96, Ретик. – 2%, Лейк. – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Каков патогенез развития выявленной патологии?
3. Составьте план лечения.

Диагноз: рахит

Ответы

1. Рахит период разгара, средней тяжести. Анемия гипохромная, легкой степени тяжести. На основании осмотра ребенка: голова увеличена в размерах с преобладанием мозговой части черепа, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей снижен. Результаты клинического анализа крови. Необходим биохимический анализ крови.
2. Недостаток витамина Д.
3. Витамин Д по 3000МЕ 1 раз утром с едой 4-6 недель, далее профилактическая доза.

Задача 58.

Ребенку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса.

При осмотре ребенок правильного телосложения, повышенного питания. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы бледные, в области ягодичной складки и промежности многочисленные экскориации, свежие и покрытые корочкой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, тип 3, диурез не изменен. Вульва гиперемирована, слизистое отделяемое. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
2. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

Ответы

1. Энтеробиоз. Характерные жалобы на перианальный, перивагинальный зуд, чаще ночью, раздражительность, нарушение сна.
2. Кал на яйца глист. Соскоб с перианальных складок на обнаружение яиц *Enterobius vermicularis*.
3. Лечение амбулаторное. Албендазол (немозол), мебендазол, пирантел. Соблюдение гигиенических мероприятий.

Задача 59.

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: Нb - 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.

Пиелокарпиновая 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.

Ответы:

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 60.

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: Hb - 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.

Пиелокарпиновая 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.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопроотеинемия, 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 61.

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: Нb - 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.

Пиокарпиновая 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.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопроотеинемия, 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 62.

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 -15х8х25 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.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопроотеинемия, 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 63.

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: Нb - 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.

Пиокарпиновая 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.

Ответы:

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 64.

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: Hb - 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.

Пиелокарпиновая 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.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопротеинемия, 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 65.

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.

Пиокарпиновая 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.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопроотеинемия, 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 66.

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.

Пиелокарпиновая 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 -15х8х25 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.

Ответы:

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 67.

Мальчик А. 12 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку.

Анамнез жизни: Ребенок 2-й в семье. Аллергоанамнез: атопический дерматит на 1-м году, крапивница на медикаменты. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-п. кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни. Операции: по поводу пупочной грыжи в 6 л.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение полугода. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, диеты, стресса. Периодически беспокоит изжога. Последние несколько дней боли стали более интенсивными, возникают натощак или через 2 часа после еды. Купируются после приема пищи, антацидов. Диету ребенок не соблюдает. К гастроэнтерологу не обращался. Поступил по экстренным показаниям с болями в эпигастрии. Состояние при поступлении средней тяжести. Удовлетворительного питания, физическое развитие среднее, гармоничное. Аппетит сохранен. Кожа и слизистые бледно-розовые, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, селезенка не

пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

Данные обследований:

Общий анализ крови: Нб – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $321 \times 10^9/л$, лейкоциты $7,3 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 40%, эозинофилы - 10%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л (до 40), АсАт – 21 ед/л (до 40), амилаза – 74 ед/л (до 80), общий белок – 78 г/л (65 – 85), билирубин общий – 10,2 мкмоль/л (1,3 – 20,5).

Общий анализ мочи: без патологии.

Латекс-тест на АГ *H. pylori* положительный.

ФЭГДС Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. По передней стенке и малой кривизне отмечаются активные язвы 0,3 x 0,2 и 0,4 x 0,3 см, с неровными контурами, частично фрагментированы, с перифокальной реакцией. По задней стенке - большой кривизне (на 3-5 часах) ближе к бульбодуоденальному переходу также отмечается активная язва размером 0,3x0,2 см, дно покрыто фибрином, фрагментирована, с перифокальной реакцией, без конвергенции складок.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Назначьте терапию. Какова ее продолжительность на современном этапе? Когда необходимо проводить контроль ФЭГДС?
3. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?

Язвенная болезнь 12 перстной кишки впервые выявленная, активная стадия (множественные язвы луковицы). Нр+. Диагноз поставлен на основании анамнеза и результатов эндоскопического обследования. Наследственная предрасположенность, стресс, нарушение диеты и режима питания, инфицированность *H. pylori*

2. Назначьте терапию. Какова ее продолжительность на современном этапе? Когда необходимо проводить контроль ФЭГДС?

Рабепразол (Париет) 20 мг 1 р 4 недели, амоксициллин 750 мг х 2р 10- дней, фуразолидон 100 мг х 4р (клацид по 250 мг х 2р) 10 дней либо по 5 дней один за другим. Контроль ФГДС через 14 дней.

3. Наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства, контроль ФЭГДС 1 раз в пол года, при рецидивах – противорецидивная терапия.

Задача 68.

Мальчик К. 12 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи.

Анамнез жизни: Аллергоанамнез: крапивница на мёд. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-перстной кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение 8 месяцев. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, диеты, стресса. Периодически беспокоит кислый привкус во рту. Последние несколько дней боли стали более интенсивными. Купируются после приема антацидов. Диету ребенок не соблюдает. К гастроэнтерологу не обращался.

Состояние при поступлении средней тяжести. Самочувствие ближе к удовлетворительному. Удовлетворительное питания, физическое развитие среднее, гармоничное. Аппетит сохранен. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, при пальпации край печени плотно-эластичной консистенции, безболезненный, селезенка не пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нв – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}$ /л, ср. тромбоциты 321×10^9 /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 40%, эозинофилы - 10%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л (до 40), АсАт – 21 ед/л (до 40), щелочная фосфатаза – 265 ед/л, амилаза – 74 ед/л (до 80), ГГТ 16 ед/л (9-64), общий белок – 78 г/л (65 – 85), мочевины – 5,6 ммоль/л (1,7–8,3), холестерин 4,08 ммоль/л (1,7 - 5,2), билирубин общий – 10,2 мкмоль/л (1,3 – 20,5), глюкоза – 4,87 ммоль/л (3,00-5,55).

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Латекс-тест на АГ *H. Pylori* положительный

ФЭГДС. Слизистая желудка в антральном отделе отечна, гиперемирована. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам.

Кoproграмма: цвет коричневый, консист. мягкая, неоформленный со слизью, клетчатка неперевар. - много, клетчатка перевариваемая – редко, жиры нейтральные – немного, кристаллы жирных кислот – немного, крахмал внеклеточный – немного, йодофильная флора патологическая – немного, трипельфосфаты – немного, лейкоциты – единичные в п/зр, эпителий – единичный в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания? Назовите факторы агрессии для слизистой оболочки желудка и 12 п кишки.
3. Составьте план лечения. Какова тактика амбулаторного ведения?

Ответы

1. Хронический гастродуоденит, стадия обострения Нр+. Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, результатов обследования.
2. Факторы, способствовавшие развитию заболевания: наследственная предрасположенность, ранний перевод на искусственное вскармливание, пищевая аллергия, погрешности в диете, стресс, нарушение режима питания, хеликобактериоз. Факторы агрессии для слизистой оболочки: соляная кислота, пепсины, желчные кислоты, панкреатические ферменты.
3. Диета стол №5, режим питания, Париет 20 мг 1 р 4 недели, амоксициллин 750 мг х 2р 10- дней, фуразолидон 100 мг х 4р (кларид по 250 мг х 2р) 10 дней либо по 5 дней каждого антибиотика один за другим (эрадикационная терапия), прокинетики (домперидон). Амбулаторно: ребенок наблюдается у гастроэнтеролога по месту жительства. Производится контроль эрадикации *H. pylori* через 4-6 недель (латекс-тест на антиген *H. Pylori* в кале, серология). При сезонном характере обострений назначается противорецидивная терапия.

Задача 69.

Девочка Ю. 13 лет поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в правом подреберье.

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, проявления аллергодерматоза на первом году жизни. Привита по возрасту. Аллергоанамнез: крапивница на мед. Наблюдается ортопедом по поводу сколиоза грудного отдела позвоночника и плоскостопия; гастроэнтерологом по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Наследственный анамнез не отягощен. Травмы: отрицает. Операции: аденотомия в 7 лет.

Анамнез заболевания: боли в правом подреберье периодически беспокоят девочку в течение 6 месяцев, чаще после погрешности в диете. Диету 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.

Осмотр при поступлении Состояние средней тяжести. 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. Мочеиспускание 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/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), щелочная фосфатаза – 128, 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 – 4.72 (1.7 – 5.2), триглицериды – 1,36 (0,0 – 1,69), глюкоза – 4,63 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 30 (1,3 – 20,5), прямой 15, СРБ-22.

Hbs – антиген отрицательный.

Латекс-тест на АГ к *H.pylori* отрицательный.

Анализ мочи общий без особенностей.

Диастаза мочи: 283,0 (до 380).

Копрология: без патологии. ЭГДС выраженный дуоденит, папиллит.

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.

Рентген кишечника без патологии

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Какова тактика ведения пациента? Составьте план лечения.
3. Тактика амбулаторного ведения?

Ответ

1. Острый калькулезный холецистит, желчно-каменная болезнь, хронический дуоденит (обострение), дисфункция (спазм) сфинктера Одди. Факторы способствующие развитию заболевания: наследственная предрасположенность, нарушение диеты и режима питания, дисфункциональное расстройство желчевыводящих путей, хроническая гастроэнтерологическая патология (дуоденит), аллергияпатология
2. Купирование острого процесса, затем попытка литолитической терапии препаратами УДХК (урсофальк, урсосан), коррекция сопутствующей гастроэнтерологической патологии. Терапия: Диета стол №5, постельный режим, антибиотики широкого спектра действия (группы цефалоспоринов II или III поколения - цефтриаксон, цефутоксим (1г каждые 12 ч), или защищенные пеницилины (амоксиклав 50 мг/кг х 2р), в сочетании с метронидазолом (500 мг х 2р) курса 7 дн, спазмолитики (дротаверин или папаверин – 40 мг х 3 раза) на 7-14 дней, затем прокинетики (тримебутин 100 мг х 3р на 1мес), при необходимости для купирования болевого синдрома анальгетики (баралгин), антациды (фосфалюгель, алмагель), литолитическая терапия (урсодезоксихолевая кислота 15 мг/кг 1/3 дозы утром и 2/3 вечером на ночь длительно)
3. Учитывая возраст больной, необходимо купирование острого процесса, а затем литолитическая терапия не менее 12 мес. Ребенка наблюдает гастроэнтеролог, педиатр, хирург. Контроль биохимии крови и УЗИ брюшной полости 1 раз в 3 мес. Санаторно-курортное лечение, физиотерапия, ЛФК, массаж, бальнеотерапия. При отсутствии эффекта от терапии – хирургическое лечение.

Девочка К. 7 лет поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в животе опоясывающего характера, тошноту, рвоту.

Анамнез жизни: Развитие соответствовало возрасту. Перенесенные заболевания: инфекция мочевыводящих путей в грудном возрасте. Детские инфекции: в/оспа. Операции: аденотомия. Аллергоанамнез – аллергия на флемоксин. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии, патологии ЖКТ, обменной патологии (МКБ). Прививки по возрасту, реакции Манту – гиперергическая реакция. Наблюдение специалистов: нефролог: ИМВП, кристаллурия.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят ребенка в течение месяца. Боли без четкой локализации, периодически отрывка. 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.

Состояние при поступлении Состояние средней степени тяжести. Самочувствие удовлетворительное. 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 реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка 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 – $11,3 \times 10^9/л$, 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 – 220 (до 80), амилаза панкреатическая – 310 (до 80), липаза – 220 (до 80), общий белок – 66,60 (65 – 85), мочевины – 2,80 (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-32.

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 большом количестве, кристаллы жирных кислот – много, крахмал внутриклеточный – много, лейкоциты в п/з – редко, эпителий в п/з – редко.

ЭГДС дуоденит, папиллит

УЗИ брюшной полости Поджелудочная железа: обычной формы, эхогенность снижена, ровные, капсула не уплотнена, увеличена в области головки, структура диффузно неоднородна за счет дополнительных высокоимпульсных эхосигналов.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?

- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какие исследования еще необходимо провести в данном случае?
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Острый панкреатит, отечная форма. Острый гастроэнтерит инфекционной этиологии (?). Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза, осмотра и данных обследования (маркеры воспаления в ОАК и биохимическом анализе крови, ферментемия и ферментурия, данных УЗИ). Факторы, способствовавшие развитию заболевания: алиментарный фактор, хроническая гастроэнтерологическая патология, нельзя исключить инфекционный генез заболевания.
2. Острый аппендицит, острый холецистит, почечная колика, нижнедолевая пневмония. Анализ кала на вирусы (рота-, норовирус, энтеровирус, аденовирус), кал на кишечную группу.
3. Первые несколько дней протертый стол (при необходимости энтеральное питание), затем диета № 5 с исключением жиров животного происхождения. Дробное питание. Инфузионная терапия на 3 дня (5% глюкозо-новокаиновая смесь, солевые растворы, спазмолитики, антибиотики, анальгетики, антигистаминные, контрикал, ИПП), затем перорально ИПП (нексиум) или антациды (фосфалюгель, алмагель), ферменты (панкреатин содержащие), спазмолитики (свечи с папаверином). Ребенок может быть выписан под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства после стабилизации общего состояния, с нормальным уровнем ферментов в крови и моче.

Задача 71.

Мальчик И., 11 лет, поступил без направления.

Анамнез: Выяснено, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал терапию ампициллином. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре присоединились подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, периодически отмечаются боли в коленных суставах, в связи с чем госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. Суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы

сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/3 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 51%, э - 2%, л - 43%, м - 2%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие клинические проявления определяют активность процесса? Какие еще обследования следует провести ребенку для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. Острая ревматическая лихорадка (1 атака): малая хорея; гуморальная активность 1 ст.; НК0. Диагноз на основании признаков малой хорей, развившейся после стрептококковой инфекции. (Наличие 1 большого критерия и 2-х малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию свидетельствуют о высокой вероятности ОРЛ. В нашем случае имеет место 1 большой критерий – малая хорея и 2 малых – артралгии и лихорадка, а также связь со стрептококковой инфекцией – скарлатина)
2. Активность процесса при ОРЛ определяют: любые признаки ревмокардита (чем более острый и тяжелый ревмокардит, тем более высокая активность процесса), вальвулита, недостаточности кровообращения, проявления ревматической хорей, полисерозиты, поражения внутренних органов, а также наличие кольцевидной эритемы и ревматических узелков и лабораторные признаки активности. Обследование – исследование общего анализа крови в динамике (повышение СОЭ, лейкоцитоз), биохимический анализ крови: протеинограмма (диспротеинемия за счет гипер- α_2 - и γ -глобулинемии), титр АСЛ-О (повышение и нарастание в динамике), анти-ДНК-азы В (повышение), СРБ, серомукоиды (повышение), креатинфосфокиназа, в том числе миокардиальная фракция (повышение при поражении миокарда); ЭКГ (удлинение интервала PR>0,2с)
3. План лечения: обязательная госпитализация, соблюдение постельного режима в течение первых 2-3 недель болезни, включение в пищевой рацион достаточного количества полноценных белков (не менее 1 г на 1 кг массы тела) и витаминов, ограничение поваренной соли, контроль диуреза. Медикаментозная: этиотропная (препараты 1 ряда β -лактамы антибиотики, бензатина бензилпенициллин в/м) терапия, патогенетическая (нестероидные противовоспалительные средства – диклофенак натрия (2-3 мг/кг в сутки в 2-4 приема), нимесулид (3-5 мг/кг в сутки) – 1-1,5 мес., в данном случае монотерапия), симптоматическая терапия (фенобарбитал 50-200 мг/сут в 2-3 приема,

галоперидол раствор 2-3 капле 2 раза в сутки, карбамазепин 10-20 мг/кг в сутки в несколько приемов – 10 – 21 день). Санаторное лечение показано для окончательного стихания активности ревматического процесса и полной компенсации и восстановления функциональной способности сердечно-сосудистой системы после стихания патологического процесса.

Задача 72.

Мальчик И., 12 лет, поступил в стационар без направления.

Из анамнеза: 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал терапию ампициллином. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре присоединились подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, периодически отмечаются боли в коленных суставах, в связи с чем госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. Суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/3 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 51%, э - 2%, л - 43%, м - 2%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании может идти речь? Перечислите основные и дополнительные диагностические признаки заболевания. Укажите признаки ревматической хореи.
2. Показания к терапии кортикостероидами.
3. Как наблюдать ребенка после выписки из стационара?

Ответ

1. Острая ревматическая лихорадка (1 атака): малая хорея; гуморальная активность 1 ст.; НКО. Наличие 1 большого критерия и 2-х малых в

сочетании с данными, подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию свидетельствуют о высокой вероятности ОРЛ. В нашем случае имеет место 1 большой критерий – малая хорея и 2 малых – артралгии и лихорадка, а также связь со стрептококковой инфекцией – скарлатина. Большие критерии ОРЛ: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки. Малые критерии ОРЛ: предшествующая ревматизм или ревматическая болезнь сердца, артралгии, лихорадка ($>38^{\circ}$), увеличение СОЭ >30 мм/ч, увеличение СРБ ≥ 2 нормы, лейкоцитоз, удлинение интервала R-Q на ЭКГ, признаки митральной и/или аортальной регургитации при ЭхоКГ. Для ревматической хорей характерна пентада симптомов: хореитические гиперкинезы, мышечная гипотония, статокординационные нарушения, сосудистая дистония, психопатологические явления. Симптомы встречаются в различных сочетаниях и имеют разную степень выраженности.

2. Глюкокортикоиды показаны при тяжелом течении кардита, при полисерозитах, «хореической буре», затяжном и непрерывно рецидивирующем течении, первичном ревмокардите с поражением клапанов – в сочетании с аминохинолиновыми препаратами (хлорохин, гидроксихлорохин) общей продолжительностью 1,5-2 месяца.
3. Санаторное лечение показано для окончательного стихания активности ревматического процесса и полной компенсации и восстановления функциональной способности сердечно-сосудистой системы после стихания патологического процесса. Вторичная профилактика (бициллинотерапия не менее 5 лет после атаки при отсутствии признаков поражения сердца, при излеченном кардите без порока – не менее 10 лет, со сформировавшимся пороком - пожизненно). Все больные с ревматическими пороками сердца входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при выполнении различных манипуляций, сопровождающихся бактериемией (удаление зуба, тонзилэктомия, аденотомия, операции на желчных путях и кишечнике и т.д.) необходимо профилактическое назначение антибиотиков.

Задача 73.

Мальчик 10,5 лет поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000г, длина 49см. На естественном вскармливании до 3 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ОРВИ, но школу посещал. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, дизурических явлений, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/105 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. За сутки выделил 300 мл мочи.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 1,5 г/л, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты – 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры – 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, серомукоид – 0,32, СРБ ++, калий – 6,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибринолиз – 25 мин, остальные показатели в норме.

Проба Реберга: минутный диурез – 0,2 мл/мин, клубочковая фильтрация – 45 мл/мин.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка – 122x50 мм, паренхима – 17мм. Правая почка – 125x47 мм, паренхима - 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Тактика дальнейшего обследования?
2. Генез отечного синдрома у данного больного?
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Острая почечная недостаточность. Необходимые обследования: длительность кровотечения, время свертывания, тромбоциты, протеинограмма, общие липиды, холестерин, триглицериды, креатинин, мочевины, мочевая кислота; определение в крови калия, кальция, натрия, хлоридов, трансаминаз; серомукоид, щелочная фосфатаза, глюкоза крови, коагулограмма, показатели КОС, средние молекулы, группа крови и резус-фактор, титры АСЛО, ЦИК, суточная экскреция белка, оксалатов, кальция, фосфора, глюкозы, калия, натрия; проба по Зимницкому, проба Реберга, копрограмма, кал на скрытую кровь, ЭКГ. консультация ЛОР и окулиста.
2. Отеки при ОПСГН развиваются за счет стимуляции альдостерона, под действием которого увеличивается реабсорбция и задержка в организме натрия, воды. В развитии отеков также имеет значение повышение сосудистой и тканевой проницаемости за счет воспаления. Накопление натрия в сосудистом русле повышает осмолярность плазмы, что способствует повышению секреции АДГ и повышению чувствительности к нему дистальных канальцев почек и еще большей задержки воды и развитию гиперволемии. Дополнительному увеличению содержания натрия в организме способствует увеличение содержания ангиотензина II и альдостерона. Важное значение также имеет активация кинин-калликреиновой системы, что приводит к повышению сосудистой проницаемости и выходу жидкости из крови в тканевое пространство, с перераспределением жидкости и скоплением ее в рыхлой клетчатке.

3. Постельный режим, диета 7а, антибактериальная терапия (7-10 дней при отсутствии очагов хронической инфекции, при наличии очагов, по окончании на 4-6 недель можно применять бициллин-5 или бициллин-1). Вспомогательное лечение: средства симптоматической терапии (мочегонные, гипотензивные), витаминотерапия, антигистаминные средства, эуфиллин, дезагреганты, мембраностабилизирующие препараты, антиоксиданты. Для улучшения почечного кровотока применяют антиагреганты (курантил, персантил), которые назначают на 3-4 недели 2-3 раза в день в суточной дозе 1,5-3,0 мг/кг/сут. Гепаринотерапия показана при: наличии признаков гиперкоагуляции; симптомов внутривисочечного (локального) внутрисосудистого свертывания крови (быстрое снижение функции почек при уменьшении содержания фибриногена и повышении содержания продуктов деградации фибрина в сыворотке крови). Эуфиллин увеличивает просвет сосудов почек, дает легкий мочегонный эффект, уменьшает общее периферическое сопротивление. Назначают витамины А, группы В, Е в возрастных дозах; мембраностабилизаторы: ксидифон, димефосфон, карсил. Диуретики показаны при массивных отеках, артериальной гипертензии, гипертонической энцефалопатии. С целью увеличения диуреза назначают фуросемид (лазикс). Гипотензивные препараты показаны при уровне диастолического давления выше 95 мм рт. ст. и при гипертонической энцефалопатии. При высокой гипертензии препаратами выбора являются каптоприл (капотен). Каптоприл назначается в суточной дозе 0,3 мг/кг/сут.

Задача 74.

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: Нб - 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 к задаче:

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 свежезамороженной плазмы. Плазмаферез повторяют до появления признаков улучшения состояния (регресс исходных симптомов болезни, восстановление до нормы количества тромбоцитов в анализе крови); дезагреганты: аспирин (300–375 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 75.

У ребенка 10 месяцев жизни высыпания на коже, сопровождающиеся сильным зудом.

Из анамнеза известно: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I половине и хламидиоза – во II половине беременности. Роды на 39 неделе – патологические (асфиксия в родах, полостные акушерские щипцы). Масса тела при рождении 2720 г, длина - 48 см. Внутриутробная гипотрофия I степени. К груди приложен на 2 сутки. На естественном вскармливании до 1,5 месяцев жизни. Наследственность отягощена - у отца – атопический дерматит.

Первые высыпания на коже лица в виде пятнисто-папулезной сыпи с 1,5 мес. после перевода на искусственное вскармливание (смесь Бифидус). В 3 мес. резкое ухудшение - появились микровезикулы, мокнутие особенно на лице и туловище. На коже туловища и конечностей – распространенные высыпания, сильный зуд, следы множественных расчесов, появился жидкий стул со слизью, в анализах кала был высеян золотистый стафилококк.

Лечение: питание смесью Нутрилон Пепти ТСЦ, тавегил по ¼ табл. 2 раза в день, пробиотиком курсом на 7 дней. Местно: фукарцин точечно, крем глютамон, питательный крем F-99 2-3 раза в день. На фоне лечения было отмечено незначительное улучшение. Резкое ухудшение после антибиотикотерапии по поводу ОРЗ. Дома много коллекторов пыли (много ковров, мягких игрушек), кошка.

При осмотре - на коже лица, туловища, конечностей множественные пятнисто-папулезные высыпания на эритематозном фоне, выраженная сухость кожи и шелушение, множественные расчесы, ребенок беспокоен, выраженный постоянный зуд кожи.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,2 \times 10^9/л$, п/я - 2% с - 31% э - 4% лимф. - 63% мон - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Копрология: рН - 6,1, мышечные волокна единичные в поле зрения, нейтральный жир - в небольшом количестве, жирные кислоты - в небольшом количестве. Йодофильная флора - в умеренном количестве, лейкоциты - 0-2, эритроциты - отсутствуют. Посев кала на дисбактериоз: бифидобактерии - 6 (норма 9-10), лакто бактерии <6 (норма 7-8), золотистый стафилококк - 3 (норма 0),

Аллергологическое обследование: иммуноферментный анализ: общ. IgE-200 (норма 0-70), спец. IgE коровье и козье молоко +2, куриное яйцо +3, шерсть кошки +3, клещ домашней пыли +2.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его?
2. Какова этиология заболевания у данного больного?
3. Тактика лечения? Какова продолжительность патогенетической терапии? Какие клиничко-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Ответ

1. Атопический дерматит, младенческая стадия, эритематозно - сквамозная форма, тяжелое течение. Пищевая аллергия. Диагноз поставлен согласно основным критериям АД (отягощенная наследственность, зуд кожи, начало в раннем возрасте, типичная морфология высыпаний, связь

манифестации и ухудшения картины заболевания с воздействием этиологического фактора), данных аллергообследования

2. Наследственная отягощенность, патология течения беременности и родов, ранний переход на искусственное вскармливание адаптированной смесью, пищевая аллергия, сенсибилизация к бытовым аллергенам, нарушение микробиоты
3. Элиминационные мероприятия: элиминационная диета, гипоаллергенный режим; антибактериальная терапия; антигистаминные препараты нового поколения; коррекция сопутствующей патологии; наружная терапия: очищение кожи, базовый уход – эмолянты топические противовоспалительные средства (ТГКС, ИК). Терапия проводится до купирования всех симптомов. Критерии эффективности: отсутствие высыпаний и сухости кожи; отсутствие зуда кожи; уровень общего IgE; уровень специфических IgE.

Задача 76.

У ребенка 5 месяцев жизни направлен высыпания на коже, сильный зуд.

Из анамнеза известно: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I половине, во время беременности обнаружен стафилококк в крови, перед родами ввели антибиотик, роды 1 самостоятельные, масса тела при рождении 3200 г, рост 52 см., к груди приложен на 2 сутки. С рождения искусственное вскармливание - смесь Энфамил. Наследственность отягощена по атопии по линии отца.

Со второй недели жизни появились высыпания на коже лица и туловища, выраженный зуд кожи. Назначено лечение: продолжить питание (смесь Энфамил), антибиотик (макролид) курсом 7 дней, местно - крем гидрокортизон. Лечение без эффекта. В 3 мес. резкое ухудшение – усилились высыпания на коже, появились микровезикулы, мокнущие, расчесы, очень сильный зуд кожи. Направлен на консультацию к дерматологу. Лечение дерматолога по месту жительства: питание смесь Энфамил, в/м супрастин, в/м глюконат кальция, местно 3% нафталановая паста, затем 3% АСД III фракция. Однако проявления АД сохранялись, носили распространенный характер в сочетании с сильным зудом. В 4 мес. перенес ветряную оспу, после чего резкое ухудшение со стороны кожи.

При осмотре - на коже лица, туловища, конечностей - резкая инфильтрация, множественные расчесы, элементы инфицирования, сильный зуд.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,8 \times 10^9$ /л, п/я - 2, с/я - 31, э-6, лимф. - 63, мон. - 3, СОЭ - 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, билирубин - 3,2 мкмоль/л, АСТ-16 ед/л., АЛТ-14 ед/л, креатинин 42 мкмоль/л, калий- 4,6 ммоль/л, кальций- 2,1 ммоль/л, фосфор- 1,6 ммоль/л

Аллергологическое обследование: иммуноферментный анализ- общ. IgE- 200 (норма 0-70), спец. IgE к коровьему и козьему молоку +3, куриному яйцу +3, пшенице+1, цитрусовым+2.

Общий анализ мочи: количество - 40 мл, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Посев кала: бифидобактерии – 5 (норма 9-10), лактобактерии <5 (норма 7-8), золотистый стафилококк – 5 (норма 0).

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его? Какова этиология заболевания у данного больного?
2. Тактика лечения? Какова продолжительность патогенетической терапии?
3. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Ответ

1. Атопический дерматит, младенческая стадия, экссудативная форма, тяжелое течение. Пищевая аллергия.
Диагноз поставлен согласно основным критериям АД (отягощенная наследственность, зуд кожи, начало в раннем возрасте, типичная морфология высыпаний, связь манифестации и ухудшения картины заболевания с воздействием этиологического фактора), данных аллергообследования.
Этиология в данном случае: наследственная отягощенность, патология течения беременности и родов, искусственное вскармливание адаптированной смесью, неадекватный выбор смеси и терапия, пищевая аллергия, нарушение микробиоты, инфекция кожи
2. Элиминационные мероприятия: элиминационная диета, гипоаллергенный режим; антибактериальная терапия; антигистаминные препараты нового поколения; коррекция сопутствующей патологии; наружная терапия: очищение кожи, базовый уход – эмолянты, топические противовоспалительные средства (ТГКС, ИК). Продолжительность терапии: до купирования всех симптомов.
3. Отсутствие высыпаний и сухости кожи; отсутствие зуда кожи; уровень общего IgE; уровень специфических IgE.

Задача 77.

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. Периаанальная область не изменена. Нервная система: дистальный гипергидроз, дермографизм красный, разлитой

Вопросы к задаче:

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 78.

Ребенок 11,5 месяцев жизни, поступил в стационар в тяжелом состоянии.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. На естественном вскармливании до 2 мес., затем – искусственное адаптированными смесями, с 3 мес. – в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Анамнез заболевания: заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ. В настоящее время кашель, резкая слабость, выраженная мышечная гипотония.

При осмотре: температура тела 37,4°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы – 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована – "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: О-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Дыхание шумное с удлиненным выдохом. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания – сухие свистящие хрипы. ЧД – 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС – 136 уд/мин. Печень +4 см из-под реберного края. Селезенка – +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $7,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 31%, э – 1%, л – 63%, м – 3%, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 4,6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, кальций – 2,0 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л, ЩФ – 950 Ед/л (норма – до 600)
D3 25-ОН – 3 нг/мл (норма 30-70 нг/мл)

Общий анализ мочи: количество – 40,0 мл, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Какова этиология данного заболевания? Назовите значимые факторы.
2. Каков план обследования для подтверждения диагноза? Опишите ожидаемые изменения.
3. Предложите схему лечения данного ребенка. Каковы критерии эффективности лечения?

Ответ

1. Диагноз: Рахит III тяжелой степени тяжести, период разгара, острое течение. Причина заболевания – дефицит витамина D. Факторы: проживание матери ребенка в местности со сниженной инсоляцией, обедненный пищевой режим беременной, неблагоприятное течение беременности, раннее искусственное вскармливание, нерациональное

вскармливание ребенка. Отсутствовала профилактика и своевременная терапия рахита: редкое пребывание ребенка на воздухе, частые ОРВИ (в т.ч.как следствие течения рахита), препараты витамина D не давались.

2. План обследования:

Общий анализ мочи (реакция кислая, кристаллурия)

Общий анализ крови (возможна анемия)

Биохимический анализ крови (щелочная фосфатаза повышена, кальций общий может быть повышен или понижен, кальций ионизированный понижен, фосфор ниже нормы).

Исследование крови на уровень 25 ОН D3 (норма 30-70 нг/мл).

Рентгенография органов грудной клетки (признаки остеопении, деформация грудной клетки)

Рентгенограмма трубчатых костей (признаки остеопении, размытость контуров зон роста в эпифизах)

3. План лечения:

Коррекция питания в соответствии с возрастными потребностями: постепенное введение в питание овощного пюре, мясного гаше, творога, фруктовых пюре и соков. Достаточное количество жидкости (кипяченая вода до 400,0).

Увеличение времени пребывания на свежем воздухе от 4-6 до 8-10 часов в сутки в зависимости о времени года. Активация двигательной и познавательной активности ребенка.

Закаливающие мероприятия (воздушные ванны, контрастные обливания ножек, всего тела после купания водой на 0,5-1,0С).

Введение лечебного массажа, ЛФК для укрепления мышечного тонуса, активации двигательной активности ребенка.

Препараты витамина D в лечебной дозе до 5000 МЕ в сутки, контроль за состоянием ребенка каждые 2 недели, проведение пробы Сулковича.

Применение препарата в лечебной дозе – не менее 4-6 недель.

Использование препаратов кальция, цитратной смеси.

Коррекция анемии.

Критерии эффективности лечения:

Улучшение самочувствия ребенка, активация его двигательной и познавательной деятельности, восстановление статических функций и психомоторного развития в соответствии с возрастом. Соответствие зубной формулы ребенка его возрасту.

Нормализация лабораторных показателей активности (щелочная фосфатаза, уровни общего и ионизированного кальция, фосфора).

Восстановление нормального уровня 25 ОН D3 в сыворотке крови.

Восстановление рентгенологических изменений (купирование явлений остеопении, четкое обозначение зон роста в эпифизах трубчатых костей)

Купирование анемии.

Частичное восстановление иммунобиологической реактивности (уменьшение частоты острых заболеваний).

Задача 79.

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

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 громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. 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, Ретик. – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 22,5 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 – 7,3 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 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 (тремякратно): отрицательно.

Вопросы к задаче:

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 отдаётся предпочтение при терапии подобных состояний?

Ответ

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 6 мг х массы в кг). Курс лечения 6-10 недель.

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 80.

Девочка, 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, 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. Сознание ясное, 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 с жестковатым оттенком. 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: Нб – 60 г/л, Эр – $2,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,63, Ретик. – 2,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ – 14 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 22,5 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 к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Какие причины способствовали 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 быструю утомляемость, выпадение волос, 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 Нб до 60 г/л, Эр – до $2,6 \times 10^{12}$

012/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: учитывая тяжелую степень ЖДА, необходимо лечение парентеральным препаратом (Феррум Лек). Перед введением первой терапевтической дозы препарата определяется переносимость препарата введением тест-дозы – половина суточной дозы для детей. Если в течение последующих 15 минут не развивается никаких нежелательных эффектов препарата, вводят оставшуюся порцию начальной суточной дозировки. Доза подбирается индивидуально. Вначале рассчитывают общий дефицит, затем рассчитывают общее число ампул на курс лечения. Вводить препарат надо с интервалом в 1-2 дня.

В период реабилитации – использовать сироп Феррум Лек из расчета 2 мг/кг/сут, т.е. 20 мг (2 мл) в сутки в течение 4-8 недель.

Б) Цианокобаламин – 50 мкг в/м 1 раз в сутки через день № 3-5.

В) Фолиевая кислота – 0,001 внутрь 2-3 раза в сутки в течение 3 недель.

Г) Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета

Д) Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе

Показано ли переливание эритроцитарной массы при данном заболевании: не рекомендуется применять трансфузии эритроцитарной массы даже в случаях тяжелой ЖДА, поскольку она развивается постепенно и ребенок адаптируется к анемизации.

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%.

Девочка, 7,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при измерении температуры плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты. Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике: ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Умеренная гиперемия небных дужек. Большой родничок 2,0х2,5 см, не выбухает, края родничка мягкие. Несколько увеличена мозговая часть черепа за счет выступающих лобных бугров. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Симптомы Хвостека, Труссо – положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II межреберье, левая – по левой среднеключичной линии, правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л. Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,83, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, холестерин – 3,2 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л (норма – 1,1-1,2), кальций общий – 1,6 ммоль/л (норма – 2,2-2,7), фосфор – 1,3 ммоль/л (норма – 1,3-2,1), АлТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсТ – 19 Ед/л (норма – до 40), серомукоид – 0,180 (норма – до 0,200).

Общий анализ мочи: без особенностей.

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность – прозрачная, белок – 160 мг/л, цитоз – 2 - 3 в мкл: нейтрофилы – 0%, лимфоциты – 2%.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие мероприятия необходимо провести в первую очередь?

Ответ

1. Осн. д-з: Спазмофилия, эклампсия. Соп. д-з 1: Рахит II степени, подострое течение, период разгара. Соп. д-з 2: Острый (простой)

бронхит. Судороги развились в результате повышенной нервно-мышечной возбудимости вследствие понижения уровня ионизированного кальция в экстрацеллюлярной жидкости на фоне дыхательного алкалоза (девочка плакала).

2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

- менингитом, менингоэнцефалитом,
- эпилепсией,
- судорогами при заболеваниях, вызванных наследственным или приобретенным нарушением обмена веществ.
- судорогами при травме головного мозга.

3. Лечение:

- Госпитализировать ребенка;
- Соблюдать охранительный режим (ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур);
- Ингаляции кислорода;
- В/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра);
- При отсутствии эффекта через 15 минут повторить введение глюконата кальция в той же дозе;
- В дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,0-2,2 ммоль/л; для этого в течение первых суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор кальций глюконата из расчета 10-15 мл/кг (для приготовления 1% раствора кальция глюконата развести базовый (10%) раствор в соответствующем количестве 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;
- При сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор магния сульфата 25% - 0,2-0,5 мл/кг внутривенно струйно.
- рациональное вскармливание;

Задача 82.

Ребенок 10 месяцев, поступил с жалобами матери на резкую слабость, задержку в приобретении навыков.

Из анамнеза известно: Ребенок от I беременности, протекавшей с нефропатией, I срочных родов. В начале беременности питание матери не соответствовало физиологическим нормам. Ребенок до 2 мес. на естественном вскармливании, затем, в связи с гипогалактией у матери, был переведен на искусственное адаптированными смесями, с 3 мес. — в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, прогулки — редко. С 1,5 месяцев отмечается выраженная потливость, нарастающая мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад перенес ОРВИ.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Не лихорадит. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые оболочки полости рта бледные. Зубы — 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными буграми, "олимпийский лоб". Килевидная деформация грудной

клетки. При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника – (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания сухие свистящие хрипы. ЧД – 36 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС – 136 уд/мин. Печень на 4 см ниже края реберной дуги. Селезенка на 2 см ниже подреберья. Стул через день, по типу "овечьего". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $7,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, л - 63%, м - 3%, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, кальций – 2,0 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л, ЩФ – 950 Ед/л (норма – до 600).

Общий анализ мочи: количество – 40,0 мл, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Охарактеризуйте патогенез данного заболевания.
3. Назначьте лечение.

Ответ

. Осн. диагноз: Рахит III степени (тяжелый), период разгара, подострое течение. Соп д-з: Железодефицитная анемия легкой степени.

2. Патогенез: Недостаток витамина D вызывает снижение синтеза кальцийсвязывающего белка и всасывание солей кальция в кишечнике, уменьшает способность органической матрицы костей фиксировать их, вызывает снижение синтеза цитратов в тканях. Гипокальциемия ведет к усилению функции околощитовидных желез. Паратгормон тормозит реабсорбцию фосфатов в почках, кроме этого при дефиците витамина D неорганический фосфор не отщепляется от органических соединений, содержащихся в пище, развивается гипофосфатемия, способствующая ацидозу и нарушению белкового обмена. В результате происходит деминерализация костей, разрастание остеοидной ткани. Нарушается проникновение кальция в мышцы и развитие мышечной гипотонии. В результате нарушения синтеза белков (ферментов в том числе) происходит нарушение функции ЦНС, ЖКТ, печени. Имеется дефицит витаминов А, Е, В1, В5, В6, С, меди, цинка, магния, железа, что способствует развитию анемии (чаще железодефицитной) т.к. витамин D обладает иммуномодулирующим эффектом, при его недостатке развивается снижение иммунитета.

3. Лечение:

- организация правильного режима (пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов в день, регулярное проветривание помещения);

- адаптированное питание (адаптированная молочная смесь, своевременное введение овощных, злаковых, кисломолочных, фруктовых, мясных блюд соответственно возрасту);
- витамин D начать с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, холекальциферол (Аквадетрим) водный раствор - по 10 кап в день (в 1 кап. – 500 МЕ)), курс лечения – 30-45 дней. После окончания лечебного курса переходят на прием профилактических доз (400-500 МЕ в день) ежедневно в течение 2-2,5 лет, исключая летние месяцы;
- препараты кальция в течение 3 недель (предпочтение отдается кальцию карбонату – в 1 г соли содержится 400 мг кальция) из расчета 50 мг/кг/сут;
- цитратная смесь - по 1 ч.л. х 3 раза в день;
- препараты, уменьшающие вегетативные нарушения (например, аспаркам – 1/3 таб х 3 раза в день);
- препараты стимулирующие метаболические процессы (например, левокарнитин – 2-3 кап 1 раз в день);
- препараты для коррекции обмена фосфора в течение 3-4 недель (например, кальция глицерофосфат – 50 мг 2-3 раза в сутки внутрь);
- занятие лечебной физкультурой, массаж через 2 недели после начала медикаментозной терапии в течение 1,5-2 мес.

Задача 83.

Девочка 9 месяцев жизни, ранней весной поступила в отделение в связи с развитием выраженного судорожного синдрома.

Из анамнеза известно, что девочка от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах, I срочных родов. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. На искусственном вскармливании с рождения. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. В возрасте 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D₂.

При осмотре: девочка повышенного питания, голова увеличена в размерах с преобладанием мозговой части черепа, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, положительный симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС – 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8, Ретик. – 2%, Лейк. – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Оsn. диагноз: Спазмофилия, эклампсия; Соп. д-з 1: рахит III степени, стадия разгара, подострое течение; Соп. д-з 2: гипохромная анемия.

Для подтверждения диагноза необходимы: биохимический анализ крови (уровень кальция, фосфора, магния, активность щелочной фосфатазы, pH); уровень паратиреотропного гормона в плазме; биохимический анализ мочи (фосфор, кальций, магний, аминокислоты); денситометрия; рентгенограмма голени и предплечья; ЭКГ.

2. Возникновение судорог при спазмофилии обусловлено повышенной возбудимостью как центральной, так и периферической нервной системы, главным образом нервно-мышечного аппарата. Этому способствует нарушение ионного равновесия из-за гипокальциемии, гиперфосфатемии и алкалоза. При повышении щелочности крови уменьшается ионизация кальция. Именно снижение количества ионизированного кальция (даже при нормальном уровне общего кальция) имеет решающее значение. Возможно, возникновению судорог способствует также наблюдающийся при рахите и усиливающийся при спазмофилии недостаток витамина В1. При этом возникают резкие нарушения в гликолитической цепи с образованием пировиноградной кислоты, способствующей появлению судорог. Тетания может быть обусловлена также недостатком магния.

3. Лечение спазмофилии:

А) при судорогах

- ингаляции кислорода
- в/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра);
- при отсутствии эффекта через 15 минут вновь повторить введение кальция глюконата в той же дозе;
- в дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,0-2,2 ммоль/л; для этого в течение 1-2 суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор кальций глюконата из расчета 10-15 мл/кг (для приготовления 1% раствора кальция глюконата развести базовый (10%) раствор в соответствующем количестве 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;
- При сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор магния сульфата 25% - 0,2-0,5 мл/кг в/венно струйно;
- С 3 суток – препараты кальция внутрь с пищей (предпочтительно кальция карбонат из расчета 50 мг/кг/сут чистого кальция).

Б) Рациональное вскармливание.

Г) спустя 3-4 дня после судорог следует назначить витамин D в дозе 5000 МЕ в день (10 кап. Аква-Д-трим) в течение 30-45 дней. Затем дозу препарата уменьшают до профилактической (400-500 МЕ ежедневно) и дают до 3 летнего возраста, исключая летние месяцы.

Задача 84.

Мальчик, 7 месяцев жизни. Родился с массой тела 3500г, в настоящее время вес 5000г. В возрасте 3-х недель выслушан систолический шум скребущего характера над всей областью сердца, с максимумом – IV-V межреберье слева.

При осмотре: ребенок пониженного питания, кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка килевидной формы. Перкуторно – границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Аускультативные данные – без динамики. Дыхание пуэрильное, влажные разнокалиберные хрипы в нижних отделах легких. Частота дыханий 60/мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Селезенка +2 см. Пульс на бедренной артерии – удовлетворительных качеств.

ЭКГ: признаки перегрузки полостей сердца, преимущественно – правого желудочка.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз. Топика изменений. Какие гемодинамические осложнения возможны.
2. Какие дополнительные обследования следует провести, предполагаемые результаты.
3. Составьте план лечения.

Ответ

1. Врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки). Легочная гипертензия (перегрузка малого круга кровообращения) смешанная стадия. НК IIБ ст. Возможны осложнения в виде пневмонии, формирования синдрома Эйзенменгера, полиорганной недостаточности, прогрессирование гипотрофии, бактериальный (септический эндокардит).
2. Лабораторные методы: клинический анализ крови (возможна анемия), общий анализ мочи (возможна микропротеинурия, кристаллурия как результат гипоксии и ацидоза), биохимический анализ крови: снижение уровня общего белка, снижение альбумина, возможно увеличение АЛТ, АСТ (выраженные застойные изменения в печени), возможна умеренная азотемия (повышение уровня мочевины и креатинина, дисбаланс уровней калия и натрия как критерий прerenальной почечной недостаточности), КЩС крови: дыхательно-метаболический ацидоз, коагулограмма – гипокоагуляция. На рентгенограмме органов грудной клетки: обогащение легочного рисунка преимущественно в прикорневой зоне с эффектом «обрубленности корней», расширение сердечной тени влево, выбухание дуги легочной артерии. Эхо-КГ: снижение фракции выброса, признаки гипертрофии, расширения правых отделов сердца, преимущественно правого желудочка, повышение давления в легочной артерии свыше 50 мм рт.ст., дефект межжелудочковой перегородки.
3. Лечение: дигоксин в дозе 0,01 мг/кг/сутки в 2 приема, мочегонные препараты (лазикс в дозе 1 мг/кг/сутки, верошпирон в дозе 3-5 мг/кг/сутки в 16.00 и 20.00), препараты калия и магния, коррекция

гипотрофии, применение препаратов, улучшающих обмен (рибоксин, препараты оротовой кислоты, L-карнитин, витамины группы В), обладающих трофическим и антиишемическим действием (милдронат). Подготовка к оперативной коррекции порока с предварительной биопсией легочной ткани.

Задача 85.

Мальчик 1 года 7 месяцев, поступил в отделение с *жалобами* матери на отставание ребенка в физическом развитии.

Анамнез заболевания: в возрасте 2-х недель были выявлены изменения со стороны сердца в виде грубого систолического шума, по поводу чего ребенок наблюдается у кардиолога по месту жительства.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С 2-недельного возраста был поставлен диагноз врожденного порока сердца. В весе прибавлял недостаточно, в 1 год весил 8100г. Родители обращали внимание на отставание ребенка в физическом развитии: не стоит, не ходит.

При осмотре: состояние тяжелое. Масса тела 8700,0 г. Выраженное отставание в физическом развитии. Диспропорция туловища – нормально развитый верхний пояс и плохо развитая нижняя половина туловища. Кожа обычной окраски. Границы легких не изменены. Перкуторно звук ясный легочный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 60/мин. Грудная клетка несколько деформирована по типу сердечного горба слева от грудины. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 3см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, усиление 2-го тона над аортой. Над областью сердца выслушивается систолический шум, который одинаково хорошо слышен во 2-ом межреберье и на спине. ЧСС 130 уд/мин. Пульс на руках высокий, полный, на ногах не определяются. АД на руках 130/50 мм рт.ст., на ногах определить не удалось. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4,0см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Стандарт обследования для установления (верификации) диагноза.
3. Тактика ведения больного

Ответ

1. Врожденный порок сердца (коарктация аорты). НК II Бст.
2. Диагностика: Отставание в физическом развитии, диспропорциональное телосложение, наличие деформации грудной клетки (сердечный горб), шума над областью сердца измерение АД на руках и ногах (на руках выше более, чем на 50 мм.рт.ст.) рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, Эхо-КГ, вентрикулография, зондирование полостей сердца.

3. Показана оперативная коррекция порока. Консервативная тактика: коррекция сердечной недостаточности, профилактика септического эндокардита, лечение артериальной гипертензии.

Задача 86.

Мальчик С. 12 лет пришел на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мама: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилорoduоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план лечения больного. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

Ответ

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Хронический гастродуоденит, обострение. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен на основании типичных эзофагеальных (пищеводных) симптомов: отрыжка «кислым», изжога, усиливающаяся при физических нагрузках, наклонах, симптом «мокрого пятна», внепищеводных (экстраэзофагеальных): осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в

горле»; «хронический гастродуоденит» на основании жалоб на чувство тошноты после еды, нарушения качества и режима приема пищи, отягощенной наследственности по хронической гастродуоденальной патологии у курящих родителей.

2. Пациенту рекомендовано: ЭФГДС. Обследование на НР-инфекцию. при возможности 24-час рН метрия. ЭКГ.

3. Предпочтительны ингибиторы протонного насоса, рассматривающиеся как средства первой линии, при невозможности назначить ИПН можно назначить H₂- антигистаминные средства.

Рекомендации по назначению стиля жизни. После приема пищи не ложиться в течение часа. Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Спать с приподнятым головным концом кровати на 15 см. Снизить объем принимаемой пищи и жиров, увеличить долю белков. Антисекреторные препараты, антацидные препараты.

Задача 87.

У Марины 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на прием к врачу-педиатру участковому.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит.

Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна.

Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-

120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

4. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
5. Составьте план дополнительного обследования пациента.
6. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии? Подберите необходимую диету для больного.

Ответ

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. *H. pylori* (+). Хронический гастродуоденит, обострение. Реактивный панкреатит. Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастрии, купирующиеся приемом пищи, отягощенная наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилорoduоденальной зоны, болезненность при пальпации в точках Де-Жардена и Мейо-Робсона, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости и положительного биопсийного теста на НР-инфекцию.

2. Пациенту рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь. Копрограмма.

3. Однонедельную тройную терапию на основе ингибиторов протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и антибактериального препарата. Стол № 1 (4-5 кратный прием пищи).

Задача 88.

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев не резко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

При обследовании по cito:

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры–эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
2. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.

3. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Ответ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. На основании: отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, макрогематурия. Исследование: Антистрептолизин – О (АСТЛ-О) – характерно повышение антистрептококковых антител.

2. Антибактериальные препараты пеницилинового ряда, диуретики (петлевые), антигипертензивные препараты (блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ).

3. В 90% случаев прогноз благоприятный. Микрогематурия может сохраняться несколько месяцев после завершения курса лечения, что не является критерием хронизации и не требует специфического лечения.

Задача 89.

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
3. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

Ответ

1. Врожденный порок сердца, по синему типу. Характерно обеднение малого круга кровообращения.
2. План обследования:
 - Измерение АД: на правой руке и любой ноге;
 - ЭКГ;
 - Рентгенография органов грудной клетки;
 - ЭХО-КГ;
 - Консультация врача-кардиолога.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность легочных полей за счет обеднения легочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.

3. Применение сердечных гликозидов до осмотра кардиолога не показано, так как может усиливать одышно-цианотичные приступы.

Задача 90.

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 91.

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза. Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарем профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нt - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.).

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект $0,6 \times 0,5$ см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный

пузырь - 60×20мм (норма 53×22мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить? Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ответ

1. Основной диагноз: «язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки», впервые выявленная, неосложненная, фаза обострения. Сопутствующий диагноз «хронический гастродуоденит»: гипертрофический гастрит, гипертрофический дуоденит, Нр-позитивный, дуодено-гастральный рефлюкс. Дисфункция билиарного тракта. Диагноз «язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки», впервые выявленная, неосложненная, фаза обострения выставлен на основании жалоб на голодные, ночные боли в животе, изжогу, отрыжку, данных анамнеза (наследственный анамнез отягощен по материнской и отцовской линии, указанные жалобы беспокоят в течение 5 месяцев, амбулаторно не обследовалась, получала симптоматическое лечение без положительного эффекта), объективного осмотра (выражена потливость конечностей, красный разлитой стойкий дермографизм, язык обложен, болезненность при пальпации в области проекции пилорoduоденальной зоны), результатов эндоскопического исследования (язвенный дефект слизистой диаметром 0,6-0,5 см, покрытый бело-серым налетом фибрина, окруженный венчиком гиперемии).

Диагноз «хронический гастродуоденит»: гипертрофический гастрит, гипертрофический дуоденит, Нр-позитивный, дуодено-гастральный рефлюкс выставлен на основании жалоб на боли в животе, диспепсические расстройства (изжогу, отрыжку), данных объективного осмотра (болезненность при пальпации живота в области эпигастрия и проекции пилорoduоденальной зоны); результатов ФЭГДС (гиперемия и гипертрофия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки).

Диагноз «дисфункция билиарного тракта» выставлен на основании результатов объективного осмотра (печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен, положительные симптомы холепатии), результатов параклинического исследования (в общем анализе крови без

признаков воспаления; в биохимическом анализе крови повышение активности щелочной фосфатазы; отсутствие признаков цитолиза).

2. Для подтверждения патологии гастродуоденальной зоны:

- анализ крови на группу и резус фактор;
- биохимический анализ крови (общий белок, протеинограмма, сывороточное железо);
- анализ кала на скрытую кровь;
- копрограмма;
- дыхательный тест на Нр;
- гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки;
- рентгенологическое исследование желудка с барием;
- интрагастральная рН-метрия;
- внутрипищеводная рН-метрия.

Для дообследования по поводу патологии билиарного тракта:

- биохимический анализ крови (протеинограмма, холестерин);
- кал на яйца глистов и цисты

лямблий. В связи с аритмией:

- ЭКГ.

3. Диетотерапия – стол 1а-1б-1 (по 2 недели); эрадикационная терапия (ингибитор протонной помпы + Амоксицилин + Джозамицин) - 10 дней; гастропротекторы - Висмута трикалия дицитрат (Де-нол); прокинетики - Тримебутин (Тримедат), Домперидон (Мотилиум).

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую сеть.

Кратность осмотров: врач-педиатр – 1 раз в 3 месяца; врач-гастроэнтеролог – 1 раз в 3 месяца; врач-невролог – по показаниям.

Оценка эффективности эрадикационной терапии – через 6 нед. после окончания курса антихеликобактерной терапии неинвазивными методами.

ЭГДС – 2 раза в год. рН-метрия – 1 раз в год.

УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – 1 раз в 6 мес. для исключения сопутствующей патологии.

Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь – по показаниям. Перечень противорецидивных и реабилитационных мероприятий:

- Диета – стол № 1 - 3 нед., далее №15.
- Противорецидивная и симптоматическая терапия – не реже 2-3 раз в год в течение 1-1,5мес (антациды, ИПП, H₂ – блокаторы гистаминовых рецепторов (при невозможности приема ИПП),

коррекция биоценоза).

- При наличии хеликобактериоза – повторные курсы эрадикации Нр в течение 10-14 дней с заменой препаратов.
- Курс минеральных вод, фитотерапия – 2 раза в год по 3-4 нед.
- Физиотерапия – 2 раза в год.
- ЛФК – Группа по физкультуре – специальная.
- Профилактические прививки – по эпидемиологическим показаниям.

Задача 92.

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро, с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты, без эффекта

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) 0,7см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен, на верхушке - короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, цв. пок. - 0,87, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/л$, э - 0, палочкоядерные - 13%, сегментоядерные - 66%,

моноциты 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27мм/ч.

Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочная фосфатаза - ед/л.

Общий анализ мочи: кол-во - 80,0 мл, цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - сплошь в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., соли мочевой кислоты – ед., бактерии - большое количество, слизь - ++.

УЗИ внутренних органов: печень не выступает из-под края реберной дуги, эхоструктура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранен, желчный пузырь – 72x14мм (норма 52x13мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное; поджелудочная железа - размеры – головка 10 мм x 10 мм x 13 мм (норма), контур ровный, четкий, эхоструктура паренхимы однородная; селезенка - без видимой патологии; почки - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, четкие, левая 125x50мм (норма 95x37мм), паренхима не истончена – 20 мм, правая 98x36мм (норма 94x38мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования больного.
3. Какое лечение необходимо назначить больному? Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ответ

1. Основной диагноз «пиелонефрит, активная фаза, острое течение». Сопутствующий: «дисфункция билиарного тракта». Диагноз «пиелонефрит, активная фаза, острое течение» выставлен на основании жалоб (повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту); данных анамнеза (заболевание началось остро, после переохлаждения); данных объективного осмотра (выражены симптомы интоксикации - температура тела 38,4 °С, мраморный рисунок кожи, выражены «тени» под глазами; живот при пальпации болезненный в левом подреберье, симптом поколачивания положительный слева); данных параклинического обследования (в общем анализе крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг, ускоренное СОЭ; результатов УЗИ внутренних органов - увеличение размеров левой почки, расширение и слоистость лоханки слева, подозрение на удвоение левой почки).

Диагноз «дисфункция билиарного тракта» выставлен на основании

данных объективного осмотра (положительные пузырьные симптомы), результатов параклинического исследования (на УЗИ внутренних органов деформация, увеличение размеров, тонкие стенки, неоднородное содержимое желчного пузыря).

2. Для подтверждения и уточнения диагноза «пиелонефрит, активная фаза, острое течение» ребенку необходимо дополнительно провести:

- биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевина, электролиты);
- определение скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (проба Реберга);
- анализ мочи по Нечипоренко;
- анализ мочи по Зимницкому;
- анализ мочи на суточный белок;
- посев мочи на стерильность, степень бактериурии, антибиотикочувствительность.

После стихания процесса:

- экскреторная урография;
- микционная цистоуретрография.

Для подтверждения диагноза «дисфункция билиарного тракта» ребенку необходимо дополнительно провести:

- копрограмма;
- УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря с определением его функции.

3. Лечение пиелонефрита:

- госпитализация (выраженный интоксикационный синдром, сопутствующая патология);
- постельный режим;
- стол № 5, обильное питье;
- антибиотикотерапия длительностью 10-14 дней препараты выбора - защищенные пенициллины (Амоксициллин+Клавулоновая кислота – 60-90 мг/кг/сут.) внутрь, при непереносимости – цефалоспорины II-III поколения;
- пробиотики (по показаниям).
- После стихания процесса (с 11 дня терапии):
- уросептики (Фурагин, Фурамаг), 4 недели;
- витамин В6, Магне В6.

Для лечения дисфункции билиарного тракта:

желчегонные препараты (препараты урсохоледоксовой кислоты).

Продолжительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим острый пиелонефрит - 5 лет.

- кратность наблюдения врача-педиатра - 1 раз в месяц в течение первых 6 месяцев, далее 1 раз в 3 месяца в течение 6 месяцев, далее 1 раз в 6 месяцев.
- врача-нефролога - 1 раз в 12 месяцев, и по показаниям; врача-стоматолога и ЛОР-врача - 2 раза в год;
- анализы мочи - 1 раз в 10 дней 3 месяца, далее 1 раз в месяц в течение года, затем 1 раз в 3 месяца и при интеркуррентных заболеваниях;
- посевы на флору - при появлении лейкоцитуррии более 10 в поле зрения и/или немотивированном подъеме температуры без катаральных явлений;
- анализы по Нечипоренко - перед каждым осмотром врача-педиатра; биохимический анализ крови (креатинин, мочевины) - 1 раз в 6 мес.;
- проба по Зимницкому, определение клиренса эндогенного креатинина - 1 раз в год; УЗИ почек и мочевого пузыря - 1 раз в год.

Задача 93.

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 соллютаб. 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 ДН0.

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 94.

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 соллютаб. 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 ДН0.

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 ДОО 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 95.

17-летний подросток обратился к врачу в связи с повторяющимися эпизодами носовых кровотечений в течение последних 6 месяцев. Носовое кровотечение возникает спонтанно и прекращается через 10 минут после зажатия носа. У него не было серьезных заболеваний, за исключением длительного кровотечения после удаления зуба мудрости 2 года назад. Лекарств не принимает. Показатели жизнедеятельности в пределах нормы. Осмотр носа патологий не выявил. На нижних конечностях несколько синяков. По другим органам без особенностей. Лабораторные исследования:

Гемоглобин 110 г/л

Эритроциты 4,3 тыс в мкл (4,2-5,6)

Тромбоциты 320 тыс в мкл (180-460)

АЧТВ 55 сек (21-35)

ПТВ 20 сек (11-16)

Время кровотечения по Дюке 10 мин (2-5)

Время свертывания по Сухареву 8 мин (30 сек-3 мин)

Задания

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

Ответы

1. Болезнь Виллебранда. Носовые кровотечения, иповышение АЧТВ, время свертывания и время кровотечения
2. Смешанный
3. Заместительная терапия фактором VIII, содержащим фактор Виллебранда, десмопрессин интраназально

Задача 96.

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.

Задания

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

Ответы

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 97.

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 норму.

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. Амоксицилина 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 98.

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°С.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъем температуры до 38,5°С, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты – 20%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 38-45 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии. В процессе обследования выявлен пузырьно-

мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

Ответ

1. Инфекция мочевых путей без установленной локализации (предположительно, острый пиелонефрит).

План обследования: посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам до начала антибактериальной терапии для коррекции назначений по результатам выявленной чувствительности, для уточнения сохранности функции почек и бактериального воспаления – биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, калия, кальция, КОС, СРБ, ПКТ; биохимическое исследование мочи: оксалаты, нитраты, титруемые кислоты мочи; анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек и мочевого пузыря.

В стадию ремиссии для выявления ПМР и определения его степени, а также для выявления уретероцеле, дивертикула и клапана задней уретры – микционная цистография.

Статическая и динамическая нефросцинтиграфия через 6 месяцев после первого эпизода.

Экскреторная урография после исключения ПМР.

2. Диагноз поставлен на основании сочетания экстраренальных синдромов: интоксикация, болевой абдоминальный синдром, и ренальных синдромов: бактериурия и лейкоцитурия, которые подтверждены лабораторными данными, свидетельствующими о бактериальном воспалении: лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, значительное увеличение СОЭ. Об остроте процесса можно думать в связи с тем, что по условию задачи нет данных о том, что подобный эпизод был когда-либо отмечен у ребенка.

3. Безотлагательное назначение препаратов первой линии: Амоксициллин + Клавулановая кислота 60 мг/кг/сут, длительность 14 дней. После получения результата посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам провести коррекцию терапии (при необходимости).

Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса 2 степени является показанием к назначению профилактического курса антибактериальной терапии: Фуразидин 1 мг/кг на ночь или Ко-тримоксазол 2 мг/кг на ночь однократно 3 месяца.

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 аллергоанамнеза, 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-отоларинголога (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 100.

На приеме мальчик 14 лет 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. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребенок был выписан домой.

В общем анализе крови при выписке: RBC – $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB – 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: у деда по линии матери – колоректальный рак. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту 6 мм (4 месяца назад).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 154 см, масса 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. 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.
3. Какие препараты используются для патогенетической терапии данного заболевания у детей и подростков? Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

Ответ

1. Язвенный колит, острое течение. Анемия легкой степени тяжести. Язвенный колит: клинические симптомы (лихорадка, абдоминальный болевой синдром, гемоколит), отрицательные тесты на возбудителей инвазивной диареи, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии; острое течение – длительность заболевания 3 месяца.

Анемия: уровень эритроцитов и гемоглобина, кровопотеря и активный воспалительный процесс.

2. Общий анализ крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ, эритроциты, гемоглобин),
- биохимический анализ крови (АЛТ/АСТ, альбумин, СРБ, обмен железа),
 - кал на токсин *C. difficile*,
 - определение антител к цитоплазме нейтрофилов (pANCA),
 - анализ кала на кальпротектин,
 - ректороманоскопия и/или колонофиброскопия с множественной биопсией и морфологическим исследованием биоптатов,
 - ФГС,
 - УЗИ органов брюшной полости.
3. Противовоспалительные препараты: препараты 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероиды,
- иммуносупрессивные препараты: азатиоприн,
 - биологические препараты: ингибиторы ФНО- α .
- (стол № 4 по Певзнеру) 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.