

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мошуров Иван Петрович
Должность: Исполняющий обязанности ректора
Дата подписания: 10.02.2026 09:22:46
Уникальный программный ключ:
31a99dba44a8a7fda9b0f7f5aedd5410eaea2315

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Факультет подготовки кадров высшей квалификации
Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Декан факультета
подготовки кадров
высшей квалификации
Ю. А. Котова
18.11.2025г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПЕДИАТРИЯ
наименование дисциплины

31.08.13 Детская кардиология
код и наименование специальности

Врач – детский кардиолог
квалификация выпускника

Фонд оценочных средств дисциплины «Педиатрия» подготовлен на кафедре факультетской и паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России авторским коллективом:

№	Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность	Основное место работы
1	Леднева Вера Сергеевна	д.м.н., доцент	Зав. кафедрой, профессор	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
2	Ульянова Людмила Владимировна	д.м.н., доцент	профессор	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
3	Юрова Ирина Юрьевна	к.м.н.	доцент	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
4	Коросан Елена Ивановна	к.м.н.	ассистент	Врач-педиатр, врач-детский кардиолог, врач функциональной диагностики МЦ «Центр современной педиатрии»
5	Коломацкая Виктория Валерьевна		ассистент	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры факультетской и паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России «27» октября 2025 г., протокол № 4.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании ЦМК от «18» ноября 2025 года, протокол № 2.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации рабочей программы дисциплины (модуля)\практики:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.13 Детская кардиология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержден Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1055.
- 2) Приказ Минтруда России от 14.03.2018 №139н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач - детский кардиолог».
- 3) Общая характеристика образовательной программы по специальности 31.08.13 Детская кардиология.
- 4) Учебный план образовательной программы по специальности 31.08.13 Детская кардиология
- 5) Устав и локальные нормативные акты Университета.

© ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

1. Соответствие компетенций планируемым результатам обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Проверяемые результаты обучения для данной дисциплины	Оценочные средства текущего контроля и промежуточной аттестации
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая)
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая)
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая)
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, с наследственными заболеваниями	Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая)
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая)

Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Тема: Организация медицинской помощи детям. Физическое и нервно-психическое развитие детей.

Перечень вопросов по теме:

1. Участковый принцип организации амбулаторной помощи детскому населению. Неонатальный скрининг
2. Вакцинация здоровых детей. Догоняющая вакцинация
3. Методика оценки физического развития
4. Методика оценки нервно-психического развития у детей.
5. Рациональное вскармливание детей раннего возраста. Правила естественного вскармливания.
6. Хронические расстройства питания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи детям в целях приближения их к месту жительства (пребывания) или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства (пребывания) или учебы (далее - участок) в определенных организациях с учетом положений статьи 21

Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Распределение детей по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, в зависимости от условий оказания первичной медико-санитарной помощи детям в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан в сфере охраны здоровья. Рекомендуемая численность прикрепленных детей на участке составляет 800 детей с учетом штатной численности медицинской организации и ее укомплектованности медицинскими работниками.

Неонатальный скрининг — это метод массового обследования новорожденных детей для раннего выявления редких врожденных наследственных заболеваний. Неонатальный скрининг проводится на 4 день у доношенных детей и на 7 день у недоношенных детей. На данный момент неонатальный скрининг включает 36 нозологий.

2. Вакцинация в Российской Федерации проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Догоняющая вакцинация — вакцинация лиц, не привитых в календарные сроки. Во всех случаях нарушения графика вакцинации ребенок должен получить все необходимые для данного возраста прививки с соответствующей кратностью, для этого врач должен руководствоваться инструкцией по применению лекарственного препарата и утвержденным приказом № 1122н порядком.

Необходимо стремиться проводить вакцинацию настолько близко к рекомендуемому календарю с соблюдением интервалов между введением доз вакцин, насколько это возможно. При отставании от календаря проведение требуемой вакцинации на максимально ранних этапах жизни и с минимально возможными интервалами обеспечит быструю защиту от управляемых инфекций.

Возобновлять иммунизацию следует сразу, как это становится возможным.

График догоняющей вакцинации должен быть спланирован с меньшим количеством посещений, с преимущественным использованием комбинированных вакцин с широким спектром антигенов.

Комбинированные вакцины позволяют сократить число получаемых инъекций, устранить беспокойства, связанные с инъекциями, и обеспечивают лучшую защиту, при этом позволяя экономить время посещения для проведения вакцинации.

Как оценить прививочный статус. Международные рекомендации

Необходимо внимательно проанализировать прививочный анамнез пациента и убедиться, что все предыдущие дозы вакцин вводились после минимально допустимого возраста, установленного для вакцинации, и с соблюдением минимальных интервалов между дозами.

В качестве свидетельства о проведенной вакцинации следует принимать письменную документацию с датами прививок, наличие естественного инфицирования в анамнезе или рубчика от БЦЖ.

Если отсутствует возможность получить подтверждение прививок или наличия естественно приобретенного иммунитета к конкретной вакциноуправляемой инфекции, это лицо следует считать восприимчивым к инфекции и привить в соответствии с возрастом.

3. Сущность центильного метода оценки физического развития детей и подростков заключается в следующем. Все результаты измерений одного признака у большой группы детей одного пола и возраста располагают в восходящем порядке в виде упорядоченного 22 ряда. Этот ряд делят на сто интервалов. Для характеристики распределения приводят обычно не все 100, а лишь семь фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й, 97-й. Метод сигмальных отклонений предполагает графическое изображение основных показателей физического развития (длины, массы тела и окружности грудной клетки) после предварительного сравнения их со стандартными. В стандартах, разработанных с учётом возраста, пола, представлены средние арифметические значения (M) каждого из указанных признаков для детей, а также среднее квадратическое отклонение – допустимое отклонение от средних значений в сторону увеличения или уменьшения ($\pm\sigma$)

4. НПР оценивают по различным показателям, которые зависят от возраста ребёнка:

Для новорождённых — по соотношению периодов сна и бодрствования, характеру голосовой реакции и мышечного тонуса, наличию симметричных безусловных рефлексов, сенсорных реакций на свет и звук.

Для детей первого года жизни — ежемесячно по степени развития зрительно-слуховых реакций, эмоциональной сферы, моторики, сенсорной речи.

На 2–3-м году жизни — по развитию речи, игровой деятельности (появление сюжетных игр), сенсорных функций, моторики и навыков самообслуживания.

В дошкольном возрасте — по развитию речи, игровой деятельности (становление ролевых игр), отдельным составляющим интеллекта.

5. Правила естественного вскармливания: 1. перед кормлением помыть грудь (не каждый раз); 2. кормление в удобном сидячем состоянии; тело ребенка должно быть прижато к телу матери, лицо к груди; тело и голова ребенка находятся в одной плоскости; 3. при каждом кормлении прикладывать только к одной груди, чередуя; 4. вначале сцедить несколько струек молока, затем прикладывать; захват не только соска, но и большей части ареолы, плотно прижат подбородок ребенка к груди; рот открыт, нижняя губа вывернута наружу; 5. после кормления необходимо сцеживать молоко; вытереть молочную железу; 6. продолжительность кормления средняя – 20-30 мин (помнить о: ленивых, проворных сосунах; молоко отличается по качеству в начале и в конце кормления); 7. если ребенок не хочет есть → молоко сцедить; 8. степень лактации определять по контрольному вскармливанию. Раннее прикладывание к груди и «свободное вскармливание» - ключевые факторы полноценной лактации.

Прикорм — это все новые продукты питания, дополняющие вскармливание грудью или молочными смесями.

Основные принципы введения прикорма:

1. вводить новый продукт в первую половину дня, чтобы отследить возможные реакции на него;

2. каши, овощные/фруктовые/мясные пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных, постепенно добавляя другие продукты данной группы;

3. начинать давать новый продукт с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивая объём до возрастной нормы в течение недели;

4. новые продукты не рекомендуется вводить во время острых инфекционных болезней или в какие-то особые моменты (переезд на другую квартиру, выезд за город, на отдых, болезнь родителей и т.д.).

6. Гипотрофия у детей – хроническое нарушение питания, сопровождающееся недостаточным приростом массы тела ребенка по отношению к его росту и возрасту. Гипотрофия у детей выражается отставанием ребенка в весе, задержкой в росте, отставанием в психомоторном развитии, недоразвитием подкожно-жирового слоя, снижением тургора кожных покровов. Диагностика гипотрофии у детей основывается на данных осмотра и анализа антропометрических показателей физического развития ребенка. Лечение гипотрофии у детей предусматривает изменение режима, рациона и

калорийности питания ребенка и кормящей матери; при необходимости – парентеральную коррекцию метаболических нарушений.

Тема: Патология неонатального периода. Патология детей раннего возраста. Аномалии конституции.

Перечень вопросов по теме:

1. Осмотр новорождённого ребёнка. Оценка по шкале Апгар.
2. Недоношенный ребёнок. Основные признаки недоношенности.
3. Желтухи новорожденных
4. Рахит и рахитоподобные заболевания: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика терапии и профилактики.
5. Анемии у детей, железодефицитная анемия этиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика терапии и профилактики.
6. Аномалии конституции

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. При клиническом обследовании ребенка в родильном зале оценивается 5 признаков и за каждый из них выставляется значение 0, 1 или 2. Сумма этих показателей дает простую количественную оценку состояния младенца и позволяет заподозрить асфиксию. Обследование проводится всем детям на 1-й и на 5-й минуте после рождения. Оценивают следующие показатели: цвет кожных покровов, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений, активность и реакцию на раздражители
 2. Недоношенные дети – это дети, родившиеся ранее срока родов, функционально незрелые, с массой ниже 2500 г и длиной тела менее 45 см. Клинические признаки недоношенности включают непропорциональное телосложение, открытые швы черепа и малый родничок, невыраженность подкожно-жирового слоя, гиперемию кожных покровов, недоразвитие половых органов, слабость или отсутствие рефлексов, слабый крик, интенсивную и длительную желтуху и др. Выхаживание недоношенных детей подразумевает организацию специального ухода - температурного режима, влажности, уровня оксигенации, вскармливания, при необходимости – проведение интенсивной терапии.
 3. Учитывая многообразие причин гипербилирубинемии у новорожденных, существует много классификаций неонатальных желтух. Так, все желтухи можно разделить на физиологическую (до 90% желтух новорожденных) и патологические (10% всех желтух). По генезу все желтухи подразделяются на наследственные и приобретенные.
- III. По лабораторным данным все неонатальные желтухи делятся на две основные группы: гипербилирубинемии с преобладанием непрямого билирубина; гипербилирубинемии с преобладанием прямого билирубина. Гипербилирубинемия – повышение концентрации общего билирубина в сыворотке крови сверх нормы. Желтуха – визуальное проявление повышенного уровня билирубина в крови:

у доношенных новорожденных появляется при уровне билирубина более 67 мкмоль/л; у недоношенных – более 120 мкмоль/л. Причины патологической гипербилирубинемии: 1) гиперпродукция билирубина за счет гемолиза эритроцитов (гемолитическая болезнь новорожденных, эритро- и гемоглобинопатии, обширные кровоизлияния); 2) нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах – печеночные (конъюгационные) желтухи; 3) сочетанное нарушение конъюгации и экскреции – печеночные желтухи; 4) нарушение экскреции билирубина в кишечник – механические желтухи; 5) повышение кишечной реабсорбции (пилоростеноз, парез кишечника)

Признаки патологической гипербилирубинемии:

- 1) раннее (до 24 ч жизни) или позднее (на второй неделе) появление, длительное сохранение (более трех недель), «волнообразное» течение;
- 2) бледность или зеленоватый оттенок кожи;
- 3) ухудшение общего состояния;
- 4) темный цвет мочи, обесцвеченный стул;
- 5) общий билирубин крови более 256 мкмоль/л у доношенных и более 171 мкмоль/л у недоношенных детей;
- 6) прямая фракция билирубина более 20 %.

4. Рахит - заболевание, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в кальции и фосфоре и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка, ведущим патогенетическим звеном которого является дефицит витамина D и его активных метаболитов в период наиболее интенсивного роста организма.

Первичный витамин D-дефицитный рахит имеет следующие причинные и предрасполагающие факторы: 1. Дефицит солнечного облучения и пребывания на свежем воздухе, так как 90% эндогенно образующегося витамина D₃ (холекальциферола) в организме синтезируется в коже под влиянием солнечного облучения. Установлено (для детей старше 1,5 лет), что ежедневное пребывание на солнце в течение 1-2 ч с облучением лишь лица и кистей достаточно для поддержания нормального уровня в крови наиболее активного эндогенного метаболита витамина D - 1,25-дигидрохолекальциферола в течение недели. 2. Пищевые факторы. Установлено увеличение частоты и тяжести рахита в группах детей: а) получающих при искусственном вскармливании неадаптированные для грудных детей смеси. б) длительно находящихся на молочном вскармливании (1 л женского молока содержит 40-70 МЕ витамина D₃, а коровьего - 5-40 МЕ), с поздним введением прикормов (1 г желтка куриного яйца содержит 140-390 МЕ витамина D₃); в) получающих преимущественно вегетарианские прикормы

Клиническая картина Начальный период. Заболевание отчетливо проявляется в возрасте 3-4 мес, хотя первые симптомы могут появиться раньше - в 1-1,5 мес. у ребенка появляются беспокойство, пугливость, раздражительность, гиперестезия, капризы, снижается аппетит, заметно нарушается сон, дети часто вздрагивают, особенно при засыпании, громком звуке, внезапной

вспышке света. Одновременно с этим повышается вазомоторная возбудимость кожи; усиливаются красный дермографизм и потливость (липкий пот с кислым запахом), прежде всего 11 во сне и при кормлении; наиболее сильно потеет волосистая часть головы. Ребенок непрерывно трет голову о подушку, в результате чего появляется облысение затылка. Рентгенологические изменения костей обычно отсутствуют. Типичен стойкий красный дермографизм. В этот ранний период в крови обычно отмечают гипофосфатемию, нормокальцемию, ацидоз, нарастает активность щелочной фосфатазы, а в моче, приобретающей резкий запах, увеличивается количество аммиака, аминокислот, фосфора, цАМФ. Могут быть выявлены мышечная гипотония, запоры, небольшая податливость краев большого родничка. Начальный период рахита длится от 1,5 нед до 1 мес, далее заболевание переходит в период разгара с отчетливыми изменениями со стороны скелета. К мягкости и податливости краев родничка и швов присоединяется размягчение плоских костей черепа - краниотабес; вдоль лямбдовидного шва и задних отделов теменных костей (реже в области чешуи затылочной кости) появляются участки размягчения диаметром 1,5-2 см, дающие при надавливании ощущение мягкого пергамента или тонкой целлулоидной пластинки. Мягкий череп меняет конфигурацию: уплощается затылок, возникает асимметрия головы, брахицефалия. В результате избыточного образования остеоидной ткани, которая не обызвествляется сразу, начинают выступать более отчетливо лобные и теменные бугры и весь череп принимает угловатую форму, иногда западает переносица (седловидный нос) или выступает лоб (олимпийский лоб). Окружность головы обычно увеличена вследствие гипертензионно-гидроцефального синдрома. В результате усиленного образования остеоидной ткани появляются утолщения на границе костной и хрящевой части ребер - так называемые рахитические «четки»; усиливается кривизна ключиц; грудная клетка с боков сдавливается, нижняя апертура ее несколько разворачивается, на боковых поверхностях по линии прикрепления диафрагмы возникает так называемая гаррисонова борозда. Передняя часть грудной клетки вместе с грудиной несколько выпячивается вперед, возникает «куриная», или «килевидная», грудь.

В период репарации (реконвалесценции) у ребенка исчезают признаки активного рахита (симптомы нарушения состояния нервной системы, мягкость костей, мышечная гипотония, анемия и др.), нормализуется концентрация фосфора в крови, хотя уровень кальция может быть и сниженным. Период остаточных явлений диагностируют, как правило, у детей 2-3 лет, когда нет ни признаков активного рахита, ни лабораторных отклонений от нормы показателей минерального обмена, хотя налицо последствия перенесенного рахита I-II степени

5. Железодефицитная анемия – синдром, обусловленный недостаточностью железа и приводящий к нарушению гемоглобинопоэза и тканевой гипоксии. Клинические проявления представлены общей слабостью, сонливостью, пониженной умственной работоспособностью и физической выносливостью,

шумом в ушах, головокружениями, обморочными состояниями, одышкой при нагрузке, сердцебиением, бледностью. Гипохромная анемия подтверждается лабораторными данными: исследованием клинического анализа крови, показателей сывороточного железа, ОЖСС и ферритина. Терапия включает лечебную диету, прием препаратов железа, в некоторых случаях – трансфузию эритроцитарной массы.

6. Аномалии конституции (диатез) – конституциональная особенность, обуславливающая предрасположенность детского организма к развитию определенных заболеваний или патологических реакций. В зависимости от вида диатеза у детей может отмечаться склонность к аллергическим реакциям, нарушению обменных процессов, диффузной гиперплазии лимфоидной ткани, инфекционной заболеваемости и т. д. В диагностике диатезов принимают участие различные детские специалисты, используются лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечебная тактика при диатезах предусматривает соблюдение диеты и режима, лекарственную терапию с учетом индивидуальных проявлений, массаж, гимнастику.

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания нижних дыхательных путей.

Перечень вопросов по теме:

1. Острый бронхит: этиология, клиника, диагностика и лечение
2. Обструктивный бронхит: этиология, клиника, диагностика и лечение
3. Пневмония: этиология, клиника, диагностика и лечение
4. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, клиника, диагностика и лечение

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Острый бронхит – форма диффузного воспаления бронхиального дерева, характеризующаяся повышенной бронхиальной секрецией и нарушением проходимости бронхов. Для острого бронхита характерно резкое начало, респираторные симптомы (насморк, першение в горле, приступообразный кашель с мокротой, боль в груди, одышка, бронхоспазм) и симптомы интоксикации (подъем температуры, головная боль, слабость). В диагностике острого бронхита помогают данные физикального осмотра, рентгенография легких, лабораторные исследования, функциональные тесты, ЭКГ, бронхоскопия. Лечение острого бронхита комплексное консервативное; включает противовирусные, антибактериальные, жаропонижающие, антигистаминные, муколитические, отхаркивающие и спазмолитические препараты, НПВС, глюкокортикоиды, физиотерапию.

2. Обструктивный бронхит – диффузное воспаление бронхов мелкого и среднего калибра, протекающее с резким бронхиальным спазмом и прогрессирующим нарушением легочной вентиляции. Обструктивный бронхит проявляется кашлем с мокротой, экспираторной одышкой, свистящим дыханием, дыхательной недостаточностью. Диагностика обструктивного бронхита основана на аускультативных, рентгенологических

данных, результатах исследования функции внешнего дыхания. Терапия обструктивного бронхита включает назначение спазмолитиков, бронходилататоров, муколитиков, антибиотиков, ингаляционных кортикостероидных препаратов, дыхательной гимнастики, массажа.

3. Пневмония – острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно - альвеолы и интерстициальная ткань легких. Клиника пневмонии характеризуется лихорадкой, слабостью, потливостью, болью в грудной клетке, одышкой, кашлем с мокротой (слизистой, гнойной, «ржавой»). Пневмония диагностируется на основании аускультативной картины, данных рентгенографии легких. В остром периоде лечение включает антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию, иммуностимуляцию; прием муколитиков, отхаркивающих, антигистаминных средств; после прекращения лихорадки – физиотерапию, ЛФК.

4. Бронхоэктатическая болезнь – это заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Основным проявлением бронхоэктатической болезни является постоянный кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты. Возможно кровохарканье и даже развитие легочного кровотечения. Со временем бронхоэктатическая болезнь может приводить к дыхательной недостаточности и анемии, у детей - к отставанию в физическом развитии. Диагностический алгоритм включает физикальное обследование пациента, аускультацию легких, рентгенографию органов грудной полости, бронхоскопию, анализ мокроты, бронхографию, исследование ФВД. Лечение бронхоэктатической болезни направлено на купирование гнойно-воспалительного процесса внутри бронхов и санацию бронхиального дерева.

Тема: Болезни почек у детей

Перечень вопросов по теме:

1. Инфекции мочеполовой системы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение
2. Гломерулонефриты у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Острая почечная недостаточность
4. Хроническая болезнь почек

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Инфекция мочевыводящих путей у детей – группа микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы: почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры. В зависимости от локализации воспаления инфекция мочевыводящих путей у детей может проявляться дизурическими расстройствами, болями в области мочевого пузыря или поясницы,

лейкоцитурией и бактериурией, температурной реакцией. Обследование детей с подозрением на инфекцию мочевыводящих путей включает анализы мочи (общий, бакпосев), УЗИ органов мочевой системы, цистоуретрографию, экскреторную урографию, цистоскопию. Основу лечения инфекции мочевыводящих путей у детей составляет назначение антимикробных препаратов, уроантисептиков.

2. Гломерулонефрит у детей – иммуно-воспалительное поражение клубочкового аппарата почек, приводящее к снижению их функции.

В основе развития гломерулонефрита у детей лежит инфекционная аллергия (образование и фиксация в почках циркулирующих иммунных комплексов) или аутоаллергия (выработка аутоантител), а также неиммунное повреждение органа вследствие развивающихся гемодинамических и метаболических нарушений.

Острый гломерулонефрит у детей обычно развивается через 2-3 недели после перенесенной инфекции, чаще, стрептококкового генеза. В первые дни заметно уменьшается объем выделяемой мочи, развивается значительная протеинурия, микро- и макрогематурия. Моча приобретает ржавый цвет (цвет «мясных помоев»). Характерны отеки, особенно заметные на лице и веках. Из-за отеков вес ребенка может на несколько килограммов превышать норму. Отмечается повышение АД до 140-160 мм рт. ст, в тяжелых случаях приобретающее длительный характер. При адекватном лечении острого гломерулонефрита у детей функции почек быстро восстанавливаются; полное выздоровление наступает через 4-6 недель (в среднем через 2-3 месяца). Редко (в 1-2% случаев) гломерулонефрит у детей переходит в хроническую форму, имеющую весьма разнообразную клиническую картину. Лечение включает стационарное лечение с назначением постельного режима и специальной диеты (с ограничением соли и белка), проведением этиотропной, симптоматической и патогенетической терапии.

3. Острая почечная недостаточность – это потенциально обратимое, внезапно наступившее выраженное нарушение или прекращение функции почек. Характерно нарушение всех почечных функций (секреторной, выделительной и фильтрационной), выраженные изменения водно-электролитного баланса, быстро нарастающая азотемия. Диагностика осуществляется по данным клинических и биохимических анализов крови и мочи, а также инструментальных исследований мочевыделительной системы. Лечение зависит от стадии ОПН, включает симптоматическую терапию, методы экстракорпоральной гемокоррекции, поддержание оптимального артериального давления и диуреза.

4. Хроническая болезнь почек – это нарушение структуры и функции органа, которое сохраняется более 3 месяцев. Этиологические факторы разнообразны: заболевания мочевыделительной системы, сахарный диабет и другие метаболические болезни, кардиоваскулярные патологии, нефротоксические лекарства. Симптомы определяются стадией ХБП и наличием сопутствующих патологий. Диагностика проводится по результатам инструментальных

методов (УЗИ, рентгенография, КТ или МРТ), нефроцснтиграфии, лабораторных анализов крови и мочи. Лечение предполагает комплексную программу нефропротекции: диетотерапия, модификация образа жизни, фармакотерапия и коррекция полипрагмазии.

Тема: Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов. Системные заболевания соединительной ткани. Острая ревматическая лихорадка.

Перечень вопросов по теме:

1. Врожденные пороки сердца без цианоза (белого типа) у детей.
2. Врожденные пороки сердца с цианозом (синего типа) у детей.
3. Острая и хроническая сердечная недостаточность
4. Острая ревматическая лихорадка
5. Ювенильный ревматоидный артрит

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Врожденные пороки сердца с увеличенным кровотоком в легких: не приводящие к развитию раннего цианоза (открытый артериальный проток, ДМПП, ДМЖП, аортолегочный свищ, коарктация аорты детского типа, синдром Лютамбаше), приводящие к развитию цианоза (атрезия трехстворчатого клапана с большим ДМЖП, открытый артериальный проток с легочной гипертензией), при данных пороках сердца происходит артериовенозный сбросом вследствие гиперволемии развивается гипертензия малого круга кровообращения.

2. врожденные пороки сердца с обедненным кровотоком в легких: не приводящие к развитию цианоза (изолированный стеноз легочной артерии), приводящие к развитию цианоза (сложные пороки сердца – тетрада Фалло, гипоплазия правого желудочка, аномалия Эбштейна), при данных пороках образуется веноартериальный шунт с развитием гипоксемии, что приводит к перегрузке большого и гиповолемии малого круга кровообращения, вызывая снижение насыщения крови кислородом (гипоксемию) и появление синюшности кожи и слизистых. Для улучшения вентиляции и перфузии органов развивается коллатеральная сеть кровообращения, поэтому, несмотря на выраженные нарушения гемодинамики, состояние больного может длительное время оставаться удовлетворительным. По мере истощения компенсаторных механизмов, вследствие длительной гиперфункции миокарда, развиваются тяжелые необратимые дистрофические изменения в сердечной мышце. При цианотических врожденных пороках сердца оперативное вмешательство показано уже в раннем детском возрасте.

3. Сердечная недостаточность – острое или хроническое состояние, вызванное ослаблением сократительной способности миокарда и застойными явлениями в малом или большом круге кровообращения. Проявляется одышкой в покое или при незначительной нагрузке, утомляемостью, отеками, цианозом (синюшностью) ногтей и носогубного треугольника.

Острая сердечная недостаточность опасна развитием отека легких и кардиогенного шока, хроническая сердечная недостаточность ведет к развитию гипоксии органов. Сердечная недостаточность – одна из самых частых причин смерти человека.

Снижение сократительной (насосной) функции сердца при сердечной недостаточности ведет к развитию дисбаланса между гемодинамическими потребностями организма и возможностью сердца в их осуществлении. Этот дисбаланс проявляется превышением венозного притока к сердцу и сопротивления, которое необходимо преодолеть миокарду для изгнания крови в сосудистое русло, над способностью сердца переместить кровь в систему артерий.

4. Острая ревматическая лихорадка, ОРЛ — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией поражений в сердечно-сосудистой системе (кардит, клапанные пороки сердца), развитием суставного (артрит), кожного (ревматические узелки, аннулярная эритема) и неврологического (хорея) синдромов, возникающее у детей 7—15 лет на фоне иммунного ответа организма на антигены бета-гемолитического стрептококка группы А и перекрестной реактивности со схожими тканями организма человека.

Тема: Болезни органов кроветворения у детей. Заболевания эндокринной системы.

Перечень вопросов по теме:

1. Острый и хронический лейкоз
2. Имунная тромбоцитопения: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Гемофилия: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
4. Сахарный диабет: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
5. Врожденный гипотиреоз: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Гемобластозы – костномозговые и внекостномозговые неопластические процессы, представленные двумя группами заболеваний - миелопролиферативными (лейкозами) и лимфопролиферативными (гематосаркомами). Общими для всех форм гемобластозов являются гиперпластический, интоксикационный, геморрагический, анемический, иммунодефицитный синдромы. Диагностика гемобластозов включает общий анализ крови; проведение стеральной пункции, трепанобиопсии, биопсии лимфоузлов с исследованием материала; инструментальных исследований (УЗИ, рентгенографии, МСКТ). Лечение гемобластозов, главным образом,

химиолучевое; в некоторых случаях может быть показана трансплантация костного мозга.

2. Тромбоцитопеническая пурпура - это разновидность геморрагического диатеза, характеризующаяся дефицитом красных кровяных пластинок - тромбоцитов, чаще вызванным иммунными механизмами. Признаками тромбоцитопенической пурпуры служат самопроизвольные, множественные, полиморфные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, а также носовые, десневые, маточные и другие кровотечения. При подозрении на тромбоцитопеническую пурпуру оценивают анамнестические и клинические данные, показатели общего анализа крови, коагулограммы, ИФА, микроскопии мазков крови, пункции костного мозга. В лечебных целях больным назначаются кортикостероидные, гемостатические препараты, цитостатическая терапия.

3. Гемофилия – наследственная патология системы гемостаза, в основе которой лежит снижение или нарушение синтеза VIII, IX или XI факторов свертывания крови. Специфическим проявлением гемофилии служит склонность больного к различным кровотечениям: гемартрозам, внутримышечным и забрюшинным гематомам, гематурии, желудочно-кишечным кровотечениям, длительным кровотечениям при операциях и травмах и др. В диагностике гемофилии первостепенное значение имеет генетическое консультирование, определение уровня активности факторов свертываемости, ДНК-исследование, анализ коагулограммы. Лечение гемофилии предполагает проведение заместительной терапии: трансфузии гемоконцентратов с факторами свертывания VIII или IX, свежезамороженной плазмы, антигемофильного глобулина

4. Сахарный диабет – хроническое метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением секреции инсулина и развитием гипергликемии. Сахарный диабет у детей обычно развивается бурно; сопровождается быстрым похуданием ребенка при повышенном аппетите, неукротимой жаждой и обильным мочеиспусканием. С целью выявления сахарного диабета у детей проводится развернутая лабораторная диагностика (определение сахара, толерантности к глюкозе, гликированного гемоглобина, инсулина, С-пептида, Ат к β -клеткам поджелудочной железы в крови, глюкозурии и др.). Основные направления в лечении сахарного диабета у детей включают диету и инсулинотерапию.

5. Гипотиреоз – заболевание, обусловленное снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов. Проявляется замедлением всех процессов, происходящих в организме: слабостью, сонливостью, увеличением веса, медлительностью мышления и речи, зябкостью, гипотонией, у женщин - нарушениями менструального цикла. В тяжелых формах развивается микседема у взрослых и кретинизм (слабоумие) у детей. Осложнениями заболевания являются гипотиреоидная кома, поражение сердца и сосудов: брадикардия, атеросклероз коронарных сосудов, ИБС. Лечение пациентов с гипотиреозом проводится искусственно

синтезированным тиреоидным гормоном. Тиреотоксикоз с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса, Базедова)" представляет собой аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки АТ к рТТГ, клинически проявляющееся поражением ЩЖ с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстратиреоидной патологией (эндокринная офтальмопатия (ЭОП), претибиальная микседема, акропатия)

Тема: Заболевания ЖКТ.

Перечень вопросов по теме:

1. Этиология и патогенез хронического гастродуоденита.
2. Этиология и патогенез гастроэзофагальной рефлюксной болезни.
3. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и ДПК.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Гастродуоденит – воспалительный процесс, захватывающий антральный отдел желудка и двенадцатиперстную кишку. Гастродуоденит у детей проявляется изжогой, тошнотой, снижением аппетита, болями в эпигастральной области после еды, ощущением распирания и тяжести, нарушением стула. Диагностика гастродуоденита у детей включает проведение ФГДС, теста на хеликобактер, дуоденального зондирования, по показаниям – рентгенологического исследования. Лечебная тактика при гастродуодените у детей предполагает назначение диеты, антацидных, антисекреторных, протективных препаратов, адсорбентов; физиотерапии.

2. ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов. При необходимости больным должны быть проведены ЭГДС с биопсией стенки пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения пищевода Баррета, аденокарциномы и эозинофильного эзофагита; внутрипищеводная суточная рН-метрия или рН-импедансометрия; пищеводная манометрия высокого разрешения; рентгенологическое исследование пищевода и желудка. Лечение пациентов с ГЭРБ должно быть индивидуализировано в соответствии с клиническими проявлениями заболевания и выраженностью симптомов. Цель лечения — устранение симптомов, при эрозивном эзофагите — заживление эрозий и предупреждение осложнений, при пищеводе Баррета — профилактика прогрессирования и развития дисплазии и аденокарциномы пищевода.

На сегодняшний день ИПП считают наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. ИПП применяют для проведения длительной основной (не менее 4–8 нед) и поддерживающей (6–12 мес) терапии

3. Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание, проявляющееся образованием язвенных дефектов в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК) с возможным прогрессированием и развитием осложнений. Патогенез ЯБ сводится к нарушению равновесия между факторами защиты слизистой оболочки желудка и ДПК и агрессивными свойствами желудочного и дуоденального содержимого. Клинические симптомы обострения ЯБ (боль в животе, диспептические расстройства и функциональные нарушения ВНС) не являются строго специфичными. Боль при типичном течении ЯБ достаточно интенсивная, локализуется в основном в эпигастральной и параумбиликальной области, возникает регулярно. Боль принимает ночной, «голодный» характер. Лечение включает в себя диетотерапию, антисекреторную и, при подтверждении бактериальной этиологии-эрадикационную терапию.

Тема: Орфанные заболевания.

Перечень вопросов по теме:

- 1.Муковисцидоз: клиника, диагностика и лечение.
- 2.Первичная цилиарная дискинезия:клиника диагностика и лечение
- 3.Системные ангиопатии
- 4.Врожденная патология мочевыделительной системы

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Муковисцидоз – тяжелое врожденное заболевание, проявляющееся поражением тканей и нарушением секреторной деятельности экзокринных желез, а также функциональными расстройствами, прежде всего, со стороны дыхательной и пищеварительной систем. Отдельно выделяют легочную форму муковисцидоза. Кроме нее встречаются кишечная, смешанная, атипичная формы и мекониевая непроходимость кишечника. Легочной муковисцидоз проявляется в детском возрасте приступообразным кашлем с густой мокротой, обструктивным синдромом повторными затяжными бронхитами и пневмониями, прогрессирующим расстройством дыхательной функции, приводящим к деформации грудной клетки и признакам хронической гипоксии. Диагноз устанавливается по данным анамнеза, рентгенографии легких, бронхоскопии и бронхографии, спирометрии, молекулярно-генетического тестирования.

2. Синдром Картагенера – это генетическая патология цилиарного аппарата, ведущая к развитию хронических риносинуситов, бронхитов, бронхоэктазов, сочетающаяся с обратным расположением органокомплекса «сердце–лёгкие». Заболевание дебютирует в младенческом возрасте и характеризуется частыми гнойно-воспалительными процессами верхних и нижних дыхательных путей. Диагностируется с помощью лучевых методов исследования органов грудной клетки, биопсии слизистых оболочек бронхов или носа. В консервативной терапии используются антибиотики, кортикостероиды, бронхолитики. При

необходимости выполняются хирургические операции в области назальных синусов, частичная резекция лёгких.

3. Системные ангиопатии объединяют группу заболеваний, при которых наблюдается воспаление и разрушение сосудистых стенок, приводящее к ишемии органов и тканей. Системные васкулиты представлены артериитом Такаясу, гранулематозом Вегенера, узелковым периартериитом, синдромом Бехчета, облитерирующим тромбангиитом, гигантоклеточным артериитом и др. Системные васкулиты отягощаются поражением кожи, почек, сердца, легких, суставов, органов зрения и т. д. Диагноз подтверждают лабораторными тестами, результатами биопсии и висцеральной ангиографии. Терапия глюкокортикоидами, цитостатиками, сосудистыми препаратами позволяет уменьшить поражение жизненно важных органов, добиться клинической ремиссии.

4. Аномалии развития почек – это внутриутробное нарушение формирования почек, обусловленное генетическими мутациями и воздействием тератогенных факторов на плод в первом триместре беременности. Проявляются болями в поясничной области, приступами почечной колики, повышением температуры, общей слабостью, изменениями в моче и крови. Диагностируются при помощи УЗИ с доплерографией, экскреторной урографии, КТ, МРТ, лабораторных анализов и иных методик. Лечение аномалий развития почек включает уросептики, антибиотики, гипотензивные препараты. По показаниям проводится удаление добавочной почки, удаление кисты и другие операции.

Тест

Тема: Организация медицинской помощи детям. Физическое и нервно-психическое развитие детей.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

1. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) с первого дня заболевания или травмы
- 2) по желанию пациента
- 3) в день установления нетрудоспособности
- 4) при окончании лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

2. ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО

- 1) снижению детской смертности
 - 2) отсутствию нарастания относительного количества детей в 3-5 группах здоровья
 - 3) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
 - 4) снижению острой заболеваемости
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

3. БРИГАДА ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ЧИСЛА СОТРУДНИКОВ

- 1) диспансеров города
 - 2) краевой больницы
 - 3) детской поликлиники по месту нахождения образовательного учреждения
 - 4) областной больницы
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

4. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) контроль функций пораженных органов и систем
 - 2) выздоровление или достижение стойкой ремиссии заболевания
 - 3) противорецидивное лечение
 - 4) статистическое лечение
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

5. УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ И ПРИ СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА СОСТАВЛЯЕТСЯ

- 1) история болезни
 - 2) статистический талон
 - 3) эпикриз
 - 4) форма 112/у
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

6. ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ

- 1) этапный эпикриз
 - 2) справку с места жительства
 - 3) санаторно-курортную карту
 - 4) историю болезни
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

7. ВОПРОС ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ ОСТРО ЗАБОЛЕВШЕГО РЕБЕНКА РЕШАЕТСЯ ВРАЧЕМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ НЕЗАВИСИМО ОТ

- 1) возраста ребенка
- 2) характера и течения заболевания
- 3) прописки больного
- 4) тяжести состояния ребенка

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ВЫДАЕТСЯ

- 1) на 2 недели
- 2) на весь период острого заболевания
- 3) до 7 дней
- 4) до 10 дней

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

9. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО...ДНЕЙ

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 15
- 4) 10

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

10. ФОРМА 058/У ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) журнал учета профилактических прививок
- 2) медицинскую карту ребенка
- 3) историю развития ребенка
- 4) экстренное извещение об инфекционном заболевании

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

Тема:Патология неонатального периода, патология детей раннего возраста. Аномалии конституции.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1.ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1)ацидофильныепалочки

- 2) кишечные палочки
- 3) бифидум-бактерии
- 4) энтерококки
- 5) клостридии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

2. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ В РОССИИ НОРМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 0-3 МЕС. ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЮТ... Г/КГ

- 1) 3,2
- 2) 2,9
- 3) 2,6
- 4) 2,2
- 5) 1,8

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

3. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ В РОССИИ НОРМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИРА ДЛЯ ДЕТЕЙ 3 - 6 МЕС. ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЮТ... Г/КГ

- 1) 7,5
- 2) 7,0
- 3) 6,5
- 4) 6,0
- 5) 5,5

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

4. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ... ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 1/8
- 2) 1/7
- 3) 1/6
- 4) 1/5

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

5. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ СПАРА ТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1) каша
- 2) кефир
- 3) мясное пюре
- 4) творог
- 5) овощное пюре

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

6. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ВО 2-м ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ..МЛ.

- 1)700
- 2)800
- 3)900
- 4)1000
- 5)1500

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

7. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ В РОССИИ НОРМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 6-12 МЕС. ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЮТ...Г/КГ

- 1)3,2
- 2)2,9
- 3)2,6
- 4)2,2
- 5)1,8

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

8. УТОЛЩЕНИЕ, УПЛОТНЕНИЕ, УСИЛЕНИЕ РИСУНКА И ШЕРОХОВАТОСТЬ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1) корками
- 2) лихенификацией
- 3) ссадинами
- 4) чешуйками

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

9. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА ОТНОСЯТ

- 1) атрофию кожи
- 2) снижение иммунитета
- 3) жжение и пощипывание
- 4) зуд

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

10. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) в первый день после рождения
- 2) после 4 недели жизни
- 3) у взрослых
- 4) после 6 недели жизни

5) после 2 недели жизни

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Тема: Острые и хронические заболевания нижних дыхательных путей:

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) анамнез
- 2) бронхоскопия
- 3) рентгенография грудной клетки
- 4) наличие обструктивного синдрома

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ

- 1) ангиография
- 2) эндоскопия
- 3) термография
- 4) электроэнцефалография

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

3. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1) максимальная (пиковая) скорость выдоха
- 2) сатурация кислорода
- 3) напряжение кислорода в крови
- 4) напряжение углекислого газа в крови

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

4. РЕШАЮЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЕМОМ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эффект от бронхолитиков
- 2) рентгенограмма
- 3) бронхография
- 4) томография

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

5. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
- 2) спирография

- 3) компьютерная томография легких
- 4) пикфлоуметрия

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

6. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) кожных проб
- 2) бронхоскопии
- 3) компьютерной томографии
- 4) бронхографии

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

7. ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) функциональная остаточная емкость
- 2) минутный объем дыхания
- 3) общая емкость легких
- 4) жизненная емкость легких

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

8. КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА?

- 1) обзорную рентгенографию
- 2) бронхоскопию
- 3) бронхографию
- 4) компьютерную томографию

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

9. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОРГАНЫ, ДАЮЩИЕ «ТЕНЬ» НА РЕНТГЕНОГРАММАХ 0452

- 1) сердце
- 2) грудина
- 3) легкие
- 4) желудок, заполненный газом

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

10. ОБЪЁМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК (FEV), ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ (FCV) И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА (PEF) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

- 1) степень выраженности инфекционного процесса
- 2) состояние иммунной системы организма
- 3) степень алергизации организма

4) степень бронхиальной обструкции
ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

Тема: Болезни почек у детей

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. ВЕЛИЧИНА КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ... МЛ/МИН

- 1) 60 ± 20
- 2) 80 ± 20
- 3) 100 ± 20
- 4) 120 ± 20

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

2. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) $1/3 - 1/5$
- 2) $1/3 - 1/2$
- 3) $2/3 - 3/4$
- 4) соответствует количеству выпитой жидкости

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

3. КОЛЕБАНИЯ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ У РЕБЕНКА 1 МЕС СОСТАВЛЯЮТ...МЛ

- 1) 150–200
- 2) 100–300
- 3) 300–400
- 4) 400–500

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

4. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ...РАЗ В СУТКИ

- 1) 5–10
- 2) 10–15
- 3) 15–20
- 4) 20–25

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

5. СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 1001–1010

2) 1005–1015

3) 1005–1025

4) 1010–1020

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

6. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ

1) 2 раза в год

2) 2 раза в месяц

3) 1 раз в год

4) 1 раз в месяц

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

7. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематурия

2) отеки

3) протеинурия

4) лейкоцитурия

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

8.КАКОЕ СУЩЕСТВУЕТ ОБРАЗНОЕ НАЗВАНИЕ ПОЧЕК ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

1) большие салыные почки

2) большие белые почки

3) первично сморщенные почки

4) большие пестрые почки

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

9. РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМУРУЛОНЕФРИТА

1) иммуноглобулинов А, М, G

2) общего анализа крови

3) креатинина, мочевины сыворотки крови

4) внтистрептолизина О, антигиалуронидазы

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

Тема: Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов. Острая ревматическая лихорадка.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. МАЛАЯ ХОРЕЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) клещевом энцефалите
- 2) ОРЛ у детей
- 3) эпидемическом цереброспинальном менингите
- 4) поствакцинальном энцефалите
- 5) паркинсонизме

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

2. В КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение С-реактивного белка
- 2) повышение фибриногена
- 3) LE-клетки
- 4) лейкоцитоз
- 5) повышение титра АСЛ-0

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

3. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) ампициллин
- 2) дигоксин
- 3) делагил
- 4) бициллин
- 5) гентамицин

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

4. ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) узловатая эритема
- 2) симметричное поражение крупных суставов
- 3) летучий характер поражения суставов
- 4) кардит
- 5) остеопороз костей

ЭТАЛОН ОТВЕТА:5

5. ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сульфаниламиды
- 2) антибиотики

- 3) гипотензивные
 - 4) болеутоляющие
 - 5) нитраты
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

6. К ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) хорея
 - 2) кольцевидная эритема
 - 3) кардит
 - 4) узелки Гебердена
 - 5) подкожные узелки
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) кортикостероиды
 - 2) антагонисты кальция
 - 3) НПВП
 - 4) антибиотики
 - 5) производные изохинолина
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Тема: Болезни органов кроветворения у детей. Заболевания эндокринной системы

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. Гемопоз – это:

- 1) процесс остановки кровотечения
- 2) процесс развития клеточных элементов, который приводит к образованию зрелых клеток периферической крови
- 3) постоянство внутренней среды организма
- 4) процесс свертывания крови

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

2. ЗРЕЛАЯ КЛЕТКА МОНОЦИТАРНОГО РОСТКА:

- 1) миелоцит
- 2) моноцит
- 3) сегментоядерный нейтрофил
- 4) эозинофил

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

3. ЗРЕЛОЙ КЛЕТКОЙ МЕГАКАРИОЦИТАРНОГО РОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) миелоцит
- 2) тромбоцит
- 3) моноцит
- 4) сегментоядерный нейтрофил

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

4. КАКОЙ ВИД КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА СЕКРЕТИРУЕТ ИНСУЛИН:

- 1) А-клетки
- 2) β -клетки
- 3) D-клетки
- 4) PP-клетки
- 5) S-клетки

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

5. КАКОЙ ВИД КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА СЕКРЕТИРУЕТ ГЛЮКАГОН:

- 1) 1. А-клетки
- 2) 2. β –клетки
- 3) 3. D-клетки
- 4) 4. PP-клетки
- 5) 5. S-клетки

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

6. ОСТРОВКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В

- 1) печени
- 2) стенке желудка
- 3) поджелудочной железе
- 4) малом сальнике
- 5) миокарде

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

7. БЫСТРАЯ СЕКРЕЦИЯ ИНСУЛИНА В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ НАЧИНАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-2 минуты
- 2) 2-5 минут
- 3) 5-10 минут
- 4) 10-15 минут
- 5) 20-30 минут

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

8. ИССЛЕДОВАНИЕ С-ПЕПТИДА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) для диагностики СД 1 типа
- 2) для диагностики нарушенной толерантности к глюкозе
- 3) для диагностики панкреатита
- 4) для диагностики целиакии
- 5) все верно

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

Тема: Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10-ТИ ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) повышенной кислотности желудочного содержимого
- 2) диафрагмальной грыже
- 3) забросе желудочного содержимого в пищевод
- 4) язвенной болезни желудка

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ

- 1) дисфагия
- 2) боль при глотании
- 3) икота
- 4) изжога

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

3. ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

- 1) нитроглицерин
- 2) мотилиум
- 3) но-шпу
- 4) коринфар

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) ахалазии пищевода

- 2) склеродермии
- 3) диффузного спазма пищевода
- 4) пищевода Баррета

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

5. НАЛИЧИЕ ПИЩЕВОДНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) эзофагита
- 2) склеродермии
- 3) диффузного спазма пищевода
- 4) пищевода Баррета

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

6. НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНА ПРИ ХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

- 1) рвота
- 2) срыгивание створоженным молоком
- 3) гиперемия дужек мягкого неба
- 4) гиперсаливация

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

7. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ

- 1) боль в правом подреберье
- 2) запор
- 3) боль натошак в эпигастрии
- 4) рецидивирующая рвота

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

8. ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

- 1) дивертикулитом
- 2) ахалазией
- 3) калазией
- 4) диафрагмальной грыжей

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

9. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, РЕБЕНКУ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РВОТОЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) ирригоскопию
- 2) рентгеноскопию желудка с водно – сифонной пробой

- 3) ирригографию
 - 4) рентгеноскопию грудной клетки
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

10. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ БЕРНШТЕЙНА И БАЙКЕРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЭРБ, ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР...КИСЛОТЫ

- 1) серной
- 2) уксусной
- 3) соляной
- 4) яблочной

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

Тема: Орфанная патология в педиатрии

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. КОКЛЮШЕПОДОБНЫЙ КАШЕЛЬ БЕЗ РЕПРИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

- 1) легочной формой муковисцидоза
- 2) острым ринитом
- 3) пневмонией
- 4) острым простым бронхитом
- 5) аденоидитом

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

2. КАШЕЛЬ И ЧУВСТВО ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ВОЗНИКАЕТ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ

- 1) острой пневмонией
- 2) ринофарингитом
- 3) коклюшем
- 4) бронхиальной астмой
- 5) острым простым бронхитом

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стрептококк
- 2) гонококк
- 3) стафилококк
- 4) респираторный микоплазмоз
- 5) коклюш и паракоклюш

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

4. К ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) пневмония
- 2) паракоклюш
- 3) ГЭРБ
- 4) острый бронхит
- 5) язвенная болезнь желудка

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

5. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острый бронхит
- 2) лающий кашель
- 3) коклюш
- 4) влажный кашель
- 5) трахеит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

6. САМОЙ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 2) плеврит туберкулезной этиологии
- 3) туберкулезная интоксикация детей и подростков
- 4) первичный туберкулезный комплекс
- 5) вторичный туберкулезный комплекс

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

7. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) упорный навязчивый кашель
- 2) врожденный стридор
- 3) инспираторная одышка
- 4) экспираторная одышка
- 5) влажный кашель с густой вязкой мокротой

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

8. МОКРОТА ПРИ ГЕМОСИДЕРОЗЕ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ ... ХАРАКТЕР

1. слизистый
2. гнойный
3. фибринозный
4. геморрагический

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

9. АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИН – БЕЛОК, ПРОДУЦИРУЕМЫЙ КЛЕТКАМИ

1. легких
2. печени
3. селезенки
4. почек

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Тема: Организация медицинской помощи детям, физическое и нервно-психическое развитие.

Задача 1

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале.

Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная.

Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Hb-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Appetit хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6). Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия:

Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Р. а. – подолгу лепечет;

Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных

местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»);

Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки

ВОПРОСЫ

1. Оцените критерии здоровья.
2. Заполните форму 122/У: поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок, сделайте заметки в календарь прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась).

критерий не отягощён, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора).

Критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень.

Критерий не отягощён, так как за истёкший промежуток времени ребёнок не болел простудными заболеваниями.

Критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.

Критерий не отягощён, так как в задаче нет указаний на наличие у ребёнка врождённых пороков развития и наличия хронического заболевания.

2. Диагноз «здоров, группа риска по анемии». Группа здоровья: II.

3. Режим для данного возраста (от 5 до 9 месяцев) № 3 включает:

кормление - 5 раз через 4 часа по 15-20 минут, бодрствование по 2-2,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа.

питание сут. V 1/8 от массы тела (8700) – 1087 мл, разовый V 1087 мл на 5 раз кормлений составляет 217 (200) мл.

Ребёнок находится на смешанном вскармливании, около 100 мл докорм козьим молоком.

На 8 месяцев рекомендовано вводить третий прикорм.

Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. Фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла.

Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка.

Третий прикорм (18.00) кефир 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0.

Утреннее и вечернее кормление 100 мл грудное молоко и 100 мл искусственной адаптированной смеси 2 ступени.

Вв – воспитательные воздействия – на 8 месяце жизни и заключается в стимулировании

следующих линий НПР:

Др –подолгу играть с игрушкой, бросать, перекладывать, размахивать;
До –хорошо ползать, уметь с поддержкой вставать, держась за барьер;
Ра–чётко произносит слоги;

Рп –на вопрос «где?», находит взглядом предмет.

Н –самостоятельно пьёт из кружки, которую держит взрослый.

Фв –физические воздействия –гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев, направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений.

Упражнения комплекса № 4 включают:

Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя.

Присаживание, держась за кольца.

Поднятия выпрямленных ног.

Приподнимание туловища из положения на животе.

Круговые движения руками.

4. Профилактика пограничных состояний –в возрасте 7 месяцев включают: соблюдение

гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны.

Назначение витамина Д в дозе 1000 МЕ 1 раз в сутки.

Необходимо провести профилактику анемии, так как в 80% случаев у детей первого года жизни по этиологии чаще всего встречается железодефицитная анемия, будут назначены препараты железа (Fe ⁺⁺⁺) в дозе 3 мг/кг/сут.

5.Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 8 месяцев жизни в рамках приказа 514н.

По состоянию здоровья ребёнка необходимо провести диагностику на латентный дефицит железа с определением уровня железа в крови, трансферрина, ОЖСС, КАК, ЦП, ретикулоцитов.

Задача 2

На амбулаторном приёме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые.

Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов.

К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки. Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены в родильном доме.

Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие. Индекс наследственной отягощённости - 0,6.

Находится на естественном вскармливании.

На осмотре участковый педиатр диагностировал пятнисто-папулезную сыпь на неизменном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего

характера, без тенденции к слиянию. По другим внутренним органам без патологии. Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребенка домашнюю клубнику. Масса тела - 9000г (5), длина - 72 см (6).

Большой родничок 0,5,0x0,5 см, не выбухает.

Психометрия:

Э - смотрит на действия другого ребенка и смеется

До - самостоятельно встает, садится, ложится, держится за барьер.

Др. - подолгу занимается игрушками, перекладывает их, подражает действиям взрослого.

Ра. - громко произносит различные слоги.

Рп. - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах.

Н. - ест самостоятельно корочку хлеба, пьет из чашки, которую придерживает взрослый.

ВОПРОСЫ

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребенок к 8 месячному возрасту, согласно календарю прививок. Заполните сертификат прививок.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Критерий отягощен за счёт генеалогического анамнеза (мать ребенка состоит на

диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, папа страдает пищевой аллергией на цитрусовые). критерий не отягощен, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора).

Критерий не отягощен НПП 1 группа 3 степень.

Критерий не отягощен, так как за истекший промежуток времени ребенок не болел

простудными заболеваниями.

Критерий не отягощен, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.

Критерий отягощен, так как имеется указание на мелкоточечную сыпь на неизменённом фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.

2. Диагноз «пищевая аллергия (клубника), аллергическая сыпь». Группа здоровья: II.

Режим для данного возраста (от 5 до 9 мес.) № 3 включает:

кормление—5 раз через 4 часа по 15-20 мин;
бодрствование по 2-2,5 часа; - сон ночной 10-11 часов;
сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа.

Питание суточный V для данного возраста принимается 1 литр, раз. V –200 мл.
Ребёнок находится на естественном вскармливании. На 9 месяце введено три прикорма.

Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. Фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла.

Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка.

Третий прикорм (18.00) кисломолочная смесь (формула 2) 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0. Утреннее и вечернее кормление 200 мл грудного молока.

Воспитательные воздействия –на 9 месяце жизни и заключаются в стимулировании следующих линий НПР:

Д р –подолгу играть с игрушкой, бросать, переключивать, размахивать

Д о –переходить от предмета к предмету, держась за барьер;

Ра –подражает интонации взрослого, повторяет за ним;

Рп –на вопрос: «где?», находит взглядом предмет. Знает своё имя.

Н–формирование навыков опрятности.

Физические воздействия – гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев, направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений.

Упражнения комплекса № 4 включают:

- Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя.
- Присаживание, держась за кольца.
- Поднятие выпрямленных ног.
- Приподнимание туловища из положения на животе.
- Круговые движения руками.

4. Профилактика пограничных состояний –в возрасте 9 месяцев включают: соблюдение

гигиенических мероприятий, формирование навыков опрятности, прогулки на свежем

воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение витамина Д в дозе 1000 МЕ 1 раз в сутки .

5. Профилактические прививки: БЦЖ-М, V3 гепатит В, V2 пневмококковая инфекция, V3 АКДС, V3 полиомиелит.

Задача 3

Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 5 дней жизни.

Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия).

Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л

Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно- звук лугочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Запишите план наблюдения, в форму 122/У, на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
5. Заполните сертификат профилактических прививок.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Диагноз здоров. Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II.

2. На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза I и II половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 5/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 280 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

3. Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов.

Кормление –по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по

профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).

4. Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 3 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям.

5. Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по национальному календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.

Задача 4

На амбулаторном приёме мама с сыном 1 месяца жизни.

Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании.

На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см. При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0х2,5 см. Масса - 3600 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.

Психометрия:

Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном

предмете;

Ас - длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;

До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените критерии здоровья.

2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

3. Заполните форму 112/У: дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.

4. Проведите профилактику пограничных состояний.

5. Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).

Критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).

Критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень.

Критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.

Критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.

Критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см). При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 1,0 см в длину и 0,5 см в ширину).

2. Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии. Группа здоровья: IV.

3. Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:

кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, бодрствование по 1-1,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа.

Питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор (шприц).

Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:

Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка;

Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;

Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;

До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.

Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.

Упражнения комплекса № 1 включают:

- Поглаживающий массаж рук, ног.

- Выкладывание на живот.
- Поглаживающий массаж спины.
- Массаж живота по часовой стрелке.
- Рефлекторное ползание.

4. Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери. Назначаем витамин Д в дозе 1000 МЕ 1 раз в сутки. Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково энергетической недостаточности). Рекомендуем маме стимуляцию лактации (контрастный душ, чай), пятиразовый приём пищи, психологический комфорт в семье.

5. Вакцинация: БЦЖ-М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция первая вакцинация.

Тема: Патология неонатального периода. Патология детей раннего возраста. Аномалии конституции.

Задача 1

Девочка 21 дней, поступила в отделение патологии новорожденных после осмотра участкового педиатра с жалобами матери на срыгивания и рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи. Семья переехала из другого города. Выписана на 3 день жизни (ранняя выписка).

Из анамнеза известно, что беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз – цирроз печени, энтероколит).

Настоящая беременность протекала стоксикозом первой половины. Роды в срок, масса тела при рождении 3800 г, длина тела 55 см. На грудном вскармливании. В возрасте 5 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое сохраняется до настоящего времени. С 17 дней жизни появились срыгивания, жидкий зеленый стул. При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации. На осмотр реакция снижена.

Опрелости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы субиктеричные, отмечается цианозносогубного треугольника. Пупочная ранка сухая. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные 142 в минуту. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул соскูดными каловыми массами. Пастозность стоп.

Дополнительные данные исследования:

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

Кал на кишечную группу: трижды отрицательный.

Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз – отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 178 мкмоль/л, прямой – 44 мкмоль/л, непрямой – 134 мкмоль/л, общий белок – 50,1 г/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л.

Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
5. Специалисты, которые осуществляют лечение и наблюдение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Галактоземия
2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.
3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.
4. Наследственность, сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ
5. Окулист, невропатолог, генетик, хирург.

Задача 2

Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг. Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон

разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Общий анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $6,8 \times 10^9 /л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка.

Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа.

Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как наследуется это заболевание?
3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка?
5. Ваш прогноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Муковисцидоз, легочная форма, двухсторонний гайморит, задержка физического развития.
2. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.
3. Антибиотикотерапия при рецидиве пневмонии. Ферментотерапия (креон). Использование ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения. Муколитическая терапия с лазолваном 2–3 курса в месяц. Лечение хронического гайморита. Лечебная физкультура.
4. Пульмонолог, отоларинголог.
5. Прогноз неблагоприятный.

Задача 3

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 трудноотделяемой мокротой.

При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД — 40 в 1 мин., 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 ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,85, лейкоц. — $7,7 \times 10^9 /л$, э — 3%, п/я — 8%, с — 54%, л — 25%, м — 10%, СОЭ — 45 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, альбумины — 46%, альфа1-глобулины — 9%, альфа2-глобулины — 15%, бета-глобулины — 10,5%, гамма-глобулины — 19,5%, тимоловая проба — 9,0, СРБ — ++, АЛТ — 36 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи.

В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, «капельное сердце».

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа — $15 \times 8 \times 25$ мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные принципы лечения данного заболевания
3. Допустимые физические нагрузки
4. Прогноз

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Муковисцидоз, смешанная форма. Хронический гепатит. Хронический панкреатит. Дистрофия.
2. Антибиотики при рецидивировании пневмонии. Ферментотерапия (креон). Ингаляционная терапия с муколитиками и панкреозимином. Урсофальк 15 мг/кг. Гепатопротекторы. Элькар. Питание полноценное, обогащение белком, жиром, овощами, фруктами, творогом, сыром.

3. Велосипед, плавание, дыхательная гимнастика.
4. Неблагоприятный прогноз.

Задача 4

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от II беременности, протекавшей без патологии, 2-х срочных родов. Ребенок от I беременности здоров. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III-й ст. (по Николаеву – увеличение заметно на глаз, но не нарушает контуры шеи). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. На 1-ом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка массы тела, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6-ти месяцев, сидит с 10-ти месяцев, ходит с поддержкой. На тыльной поверхности кистей и стоп локализованные отёки в виде плотно-эластичных «подушечек». При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 74 см, масса тела 11 кг. Телосложение непропорциональное, с относительно короткими конечностями. Широкая переносица. Кожные покровы бледные, сухие, тургор и эластичность снижены. Мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ломкие, «тусклые».

Аускультативно дыхание проводится во все отделы лёгких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезёнка не увеличены.

ОАК: НЬ – 91 г/л, эритроц. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,72, лейкоц. – $9,0 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 135,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 60,2 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, билирубин общ. – 7,5 мкмоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. Разшифруйте результаты анализов
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Основные принципы терапии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Врожденный гипотиреоз.
2. ОАК: нормохромная анемия, относительный лимфоцитоз. ОАМ: без патологии. Б/х крови: гипопропротеинемия, гиперХСемия.

3. Дополнительные исследования: гормональный профиль (↑↑↑ ТТГ, ↓ Т3, Т4, антитела отсутствуют), УЗИ (размеры различные, однородная, изоэхогенная, отсутствуют включения, кровотоков N)

4. Принципы терапии: пожизненная заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов (L-тироксин, эутирокс) 1 раз/сутки за 20-30 мин до завтрака. Ноотропы, развитие двигательных навыков.

Тема: Острые и хронические заболевания нижних дыхательных путей.

Задача 1.

Мальчик Витя И. 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на кашель, затрудненное дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребенка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котенком, которого взяли в дом две недели назад. Мама самостоятельно давала ребенку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затрудненное дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой помощи.

Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5 °С. Ребенок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO₂ - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межреберных промежутков, над- и подключичных впадинах. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации легких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 132 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 8,1.10⁹/л, эозинофилы — 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 4,3.10¹²/л.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
4. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, дебют, обострение.
2. В приемном отделении: проведение спирографии (ОФВ1) или определение пиковой скорости выдоха для оценки характера нарушения вентиляции и степени тяжести обострения; выполнение рентгенографии ОГК для

исключения локальных изменений в легких (пневмония, ателектаз), врожденных пороков развития бронхолегочной системы. В соматическом отделении или на амбулаторном этапе: обследование для исключения глистной инвазии; ЭКГ, ЭХО-КГ для исключения врожденных пороков сердечно-сосудистой системы; осмотр ЛОР-врача для исключения анатомических причин нарушения проходимости верхних дыхательных путей; консультация врача-аллерголога для проведения обследования (определение специфических иммуноглобулинов E, кожные пробы вне обострения для уточнения причинно значимого аллергена) и определения объема базисной терапии.

3. Титруемая кислородотерапия для устранения гипоксемии с контролем сатурации (целевые значения – более 94-98%). Бронходилатация с помощью бронхолитиков – первая цель терапии обострений: Сальбутамол (Венталин) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер. Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отека слизистой\подслизистой: Будесонид 1000 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

4. Оценка эффективности бронхолитической терапии проводится через 20 минут: уменьшение одышки; улучшение проведения дыхания при аускультации; увеличение показателей пиковой скорости выдоха на 15% и более. Показаниями к госпитализации в данном случае являются: отсутствие или недостаточный эффект после первой ингаляции бронхолитика; ухудшение состояния пациента (нарастание симптомов дыхательной недостаточности, снижение сатурации); отсутствие возможности продолжения плановой терапии дома.

Задача 2.

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затрудненное дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребенок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приемом аллергенных пищевых продуктов отчетливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, легкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлиненным выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры.

Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над легкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в легких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней степени тяжести, приступный период, ДН 2 степени.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента: быстро развившийся приступ затрудненного дыхания на фоне нормальной температуры тела, связанный с цветением растений. Анамнеза: частые обструктивные состояния на 2 и 3 году жизни, ежемесячные приступы затрудненного дыхания, отягощенный аллергологический, наследственный анамнез. Данных объективного исследования: синдром дыхательной недостаточности 2 степени - легкий цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности легочной ткани: коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.

3. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи: .2-агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 1,0 – 2,5 мл на ингаляцию; или комбинированные .2-агонисты короткого действия – Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид) ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчета 1 капля на кг массы тела, но не более 10 капель; - оценить состояние и решить вопрос о необходимости госпитализации.

Обоснование для госпитализации: возраст пациента, тяжесть состояния, обусловленная синдромом ДН 2 степени, невозможность продолжения плановой терапии в домашних условиях.

Госпитализация пациента согласно установленной маршрутизации - в педиатрическое отделение или специализированное пульмонологическое отделение стационара. В условиях стационара необходимо провести: ОАК (лейкоцитоз, изменение формулы крови, повышение СОЭ); Rg-логическое

исследование органов грудной клетки (исключение пневмонического процесса).

В условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения после выписки из стационара при купировании острого приступного периода необходимо провести: аллергологическое обследование – кожные пробы с аллергенами, исследование общего и специфического IgE в сыворотке крови; исследование функции внешнего дыхания не возможно ввиду малого возраста ребенка.

4. Противовоспалительная терапия: Ингаляционные ГКС (будесонид) через небулайзер каждые 12 часов; Бронхолитическая терапия: комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – Беродуал ингаляционно через небулайзер каждые 4-6 часов из расчёта 1 капля/кг массы, но не более 10 капель. При отсутствии эффекта: Системные ГКС (преднизолон 2 мг/кг в/в струйно) при необходимости - повторить; Метилксантины - Эуфиллин 2,4% раствор внутривенно из расчета 4-6 мг/кг, или 0,5-1 мг/кг/час.

Критерии эффективности каждого этапа терапии через 20 минут: цвет кожного покрова, частота дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, проводимость дыхания при аускультации; показатели оксигемоглобина (сатурация, %).

Задача 3.

Ребенок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание. Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребенка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Ребенок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дваждыболела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает полинозом, курит. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес.

Переведен на искусственное вскармливание адаптированной смесью 1-й линии из-за

гипогалактии у мамы. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.

Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжелое. Температура 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосет вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений 66 в минуту. Частота сердечных сокращений 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.Предполагаемая этиология заболевания.
- 3.Тактика врача-педиатра участкового.
- 4.Показания для госпитализации.
- 5.Предполагаемый прогноз заболевания для данного ребенка.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз «острый бронхиолит».осложнение: ДН 2 степени. Сопутствующие заболевания: atopический дерматит, младенческая форма, период обострения.
2. Бронхиолиты у детей раннего возраста, чаще всего, связаны с вирусной РС- инфекцией (респираторно-синцитиальной), у небольшого числа детей - с вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусной, рино-вирусной инфекцией, либо с микоплазменной инфекцией.
3. Оказание неотложной помощи: санация верхних дыхательных путей (удаление слизи, оксигенация – доступ свежего воздуха); ингаляция бронхорасширяющего средства, лучше через небулайзер – Ипратропия бромид+ Фенотерол до 10 капель в 1-2 мл физраствора, затем госпитализация в стационар.
4. Критериями госпитализации детей с бронхиолитом являются: апноэ; признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени; возраст до 6 месяцев; пониженное питание; дегидратация; затруднения в кормлении; сонливость, потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях; отягощенный преморбидный фон; социальные показания.
5. Прогноз у детей с бронхиолитом: после перенесенного острого бронхиолита прогноз, как правило, благоприятный, респираторные симптомы сохраняются до трех недель. Повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции. Формирование гиперреактивности слизистой бронхиального дерева, что при наличии атопии у ребенка (или отягощенной наследственности по атопии) – может привести к развитию бронхиальной астмы. Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита (ведет к развитию фиброза легких, инвалидизации).

Задача 4.

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, мальчикактивный, 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.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.
5. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I- II ст.
2. 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).

3. 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).

4. Обильное 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 (SpO_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 3р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.

5. 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 5.

Мальчик 4 месяцев. Заболел 3 дня назад с подъема температуры тела до 37,2 °С, заложенности кашель стал нарастать, сегодня появилась затруднение дыхания, со слов матери, ребенок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длина тела 52 см, период новорожденности протекал без особенностей, выписан под наблюдение участкового педиатра на 3 сутки после рождения. В возрасте ребенка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребенок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту. Семья 5 человек, есть еще двое детей в возрасте 8-ми и 4-х лет, старший ребенок переносит легкую форму острого назофарингита.

При осмотре состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO₂ 92%. Ребенок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в легких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа. Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите факторы риска развития заболевания и тяжелого течения болезни у данного ребенка.
3. Определите и обоснуйте тактику врача-педиатра участкового в данном случае.
4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
5. Назовите основные направления терапии данного заболевания

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Острый бронхиолит. Дыхательная недостаточность II степени. Диагноз поставлен на основании типичной клиники: субфебрильная температура тела, нарастание кашля, появление симптомов дыхательной недостаточности, экспираторной одышки, тахипноэ до 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация над всей поверхностью легких, сухие свистящие хрипы, вздутие грудной клетки, коробочный оттенок при перкуссии, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, SaO₂ 92%. Характерным для бронхиолита является развитие дегидратации с метаболическим ацидозом, обусловленные повышенной потребностью в жидкости за счет лихорадки и тахипноэ, снижения объема потребляемой жидкости из-за отказа ребенка пить вследствие дыхательной недостаточности (ребенок отказывается пить, снижен диурез).
2. Факторы риска развития заболевания: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, большая семья (≥ 4 человек), грудное вскармливание ≤ 2 месяцев. Факторы риска развития тяжелого течения бронхиолита: мужской пол, курение матери во время беременности, пассивное курение, продолжающееся до настоящего времени.
3. Ребенку показана экстренная госпитализация в ОРИТ ввиду тяжести состояния и развития тяжелой ДН II (уровень SaO₂ 92%).
4. Обструктивный бронхит; бронхиальная астма; пневмония; врожденные пороки развития бронхолегочной системы; аспирация инородного тела; аспирационная пневмония; врожденные пороки сердца с одышкой, правожелудочковой сердечной недостаточностью.

5. Нормализация функции внешнего дыхания. При дыхательной недостаточности от II степени и выше проводится оксигенация и гидратация. Туалет носа с отсасыванием слизи. Кислород увлажненный рекомендуется при $SaO_2 \leq 92-94\%$. Получение эффекта от ингаляционных бронхолитиков через 20 минут (рост SaO_2 , уменьшение частоты дыхательных движений на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии. Рекомендуется гипертонический (3%) раствор Натрия хлорида в виде ингаляций через небулайзер.

Тема: Болезни почек у детей.

Задача 1

Мальчик 10 лет обратился в стационар с жалобами на утомляемость, слабость, изменение цвета мочи в виде цвета "мясных помоев". Заболевание началось спустя 10 дней после перенесенной ОРВИ, которая протекала с повышенной температурой, насморком и гиперемией в зеве. Лечился амбулаторно домашними средствами и парацетамолом. Объективно: кожа бледная, суховата. На лице и на ногах отеки умеренно выраженные. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей. Тоны сердца приглушены, систолический шум. Печень +1 см из-под реберного края. За сутки мочился 3 раза.

ВОПРОСЫ:

- 1) Какие заболевания можно заподозрить?
- 2) Как доказать этиологию заболевания?
- 3) В каком лабораторном обследовании нуждается больной?
- 4) Почему поражение почек развилось спустя 10 дней?
- 5) Прогноз данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит (ОПГН) с нефритическим синдромом, период начальных проявлений. Нарушение функций почек острого периода. Диф. диагноз: острый геморрагический цистит (против – отсутствие дизурических симптомов), мочекаменная болезнь (против – отсутствие болевого синдрома), хронический гломерулонефрит, гематурическая форма (против – острое начало через 10 дней после фарингита).
2. Бактериологический посев с миндалин на бета-гемолитический стрептококк группы А, серологический анализ на антистрептококковые антитела (АЛС-О, антистрептокиназа, антигиалуронидаза).
3. Клинический анализ крови, анализ крови биохимический (белок и его фракции, холестерин, мочевины, креатинин, К, Na), анализ мочи общий, анализ мочи по Нечипоренко, суточная протеинурия, анализ мочи по Зимницкому, коагулограмма, подсчет СКФ, фракции компонента С3 и С4.
4. ОПГН развивается спустя 14 дней после фарингита, т.к. в течение этого времени образуются антитела, формирующие ЦИК, поражающие гломерулярн

ый аппарат.

5. У большинства детей – выздоровление.

Задача 2

Ребенок 7 лет направлен на госпитализацию с диагнозом "острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, без нарушения функции почек. При осмотре отмечается бледность кожи, отечность лица, уменьшение количества мочи. Со стороны сердца некоторое расширение границ сердца влево, систолический шум. АД 120/80 мм рт.ст.

ВОПРОСЫ:

1. Сделайте назначения по cito.
2. Проведите диф. диагноз в зависимости от полученных результатов.
3. Назначьте лечение.
4. Поясните цель назначаемых препаратов.
5. Почему увеличена левая граница сердца?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Общий анализ мочи, клинический анализ крови, биохимический анализ на креатинин, калий. УЗИ внутренних органов и ЭхоКГ. Мониторинг диуреза и АД.
2. При гипопроотеинемии проводится диф. диагноз с нефротическим синдромом, при азотемии – с ренальной ОПН.
- 3,4. Вариант стандартной диеты с пониженным содержанием белка (стол 7а): жидкость по диурезу (минеральная вода, отвар изюма, брусничный морс), исключение поваренной соли, при азотемии ограничение белка. Пенициллин 100 000 ЕД/кг/сутки = 2400000 ЕД/сут = 600000 ЕД 4 раза в/мышечно (можно амоксициллин per os 30 мг/кг/сут) с целью полной эрадикации стрептококка. Срок АБТ 10 дней. фуросемид 0,5 мг/кг (10 мг per os), если альбумины > 35 г/л с мочегонной и гипотензивной целью. каптоен 0,006 х 3 раза в день с гипотензивной целью. курантил 17,5 мг 3 разав день с целью улучшения внутривенной гемодинамики.
5. Расширение границы относительной сердечной тупости влево связано с артериальной гипертензией. При выполнении ЭхоКГ необходимо исключить гипертрофию левого предсердия. Дозу инсулина снизить до 0,5 ед/кг в сутки.

Тема: Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов. Острая ревматическая лихорадка.

Задача 1

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нb - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $10,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм; признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь, активная фаза, активность II-III степени, ревмокардит возвратный, недостаточность митрального клапана, вальвулит аортального клапана, СН IIА ст., ФК II по NYHA.
2. Б\х ан. крови: протеинограмма, серомукоид, проба Вельтмана, тимоловая, СРБ, АСТ, АЛТ, иммунологические показатели - АСЛО, АСГ, АКА, ЦИК, иммуноглобулины А, М, G, мазок из зева и носа, ДопплерЭхоКС, ФКГ, Р-графия грудной клетки.

3. Разлитой усиленный верхушечный толчок свидетельствует о поражении аортального клапана, об этом же свидетельствует систолическое дрожание; дующий систолический шум на верхушке, проводящийся экстракардиально, связанный с I тоном – признак митральной недостаточности; «льющийся» вдоль грудины протодиастолический шум – проявление аортальной недостаточности. Характеристика сердечных тонов в задаче не дана.

4. Лечение: режим ИБ, диета –10. ограничение соли до 3 г/сутки, жидкости – 75 % от диуреза предыдущего дня, антибактериальная терапия (бензилпенициллина натриевая соль), НПВС (диклофенак-натрий), глюкокортикостероиды (преднизолон), кардиотрофики (рибоксин, или элькар, или милдронат), ингибиторы АПФ (капотен), назначения других препаратов для лечения СН I-IIА не требуется; аскорбиновая кислота, рутин.

5. Преобладание экссудативного компонента воспаления в клинике дает более частое поражение сердца у детей с выраженным кардитом, вовлечением в процесс сердечных оболочек, перикарда, клапанного аппарата, кожных проявлений. Но в настоящее время тяжесть этих проявлений и частота вовлечения в процесс серозных оболочек значительно снизилась.

Задача 2

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - 4, 2×10^{12} /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк – $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0, 33%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.

Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного?
4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Д-з: Системная красная волчанка, активная фаза, акт. II-III ст., эритематозная «бабочка», полиартрит, люпуснефрит, подострое течение.
2. Диагностические критерии СКВ у данного ребенка – эритематозная бабочка, полиартрит, поражение почек, тромбоцитопения, лейкопения.
3. Люпуснефрит
4. Ан. крови на LE клетки, кровь на АНА (антиядерные антитела), гемостаз (АФС?)
5. Основные принципы лечения: системное применение глюкокортикостероидов (преднизолон), базисная терапия (цитостатики, например, циклофосфамид, метотрексат; циклоспорин А; аминохинолиновые препараты – плаквенил), иммуноглобулины для в/в введения, антикоагулянты, антиагреганты, симптоматическая терапия.

Тема: Болезни органов кроветворения у детей. Заболевания эндокринной системы у детей

Задача № 1

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4 – летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нв-100г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Ретик – 3%, Тромб. – 300, Лейк. – $8,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 63%, э -3%, л- 22%, м – 9%, СОЭ- 12 мм/ч.

Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30сек.

Время свертывания крови по Ли – Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

Эталон ответа:

1. Гемофилия А, гемартроз правого коленного сустава. Гемофилическая артропатия.
2. Коагулограмма с определением уровня факторов свёртывания крови.
3. На возраст, состояние здоровья родителей, родственников мужчин по материнской линии, наличие упорных поздних кровотечений после травм, хирургических вмешательств, поражение опорно-двигательного аппарата у мужчин.
4. В случае выявления дефицита VIII фактора назначить: Препараты ф. VIII в\в кап, при их отсутствии криопреципитат в\в струйно каждые 6-8 часов; иммобилизация правого коленного сустава до 3-х суток лонгетой из пластика.
5. Патогенетической следует считать заместительную терапию препаратами, содержащими факторы свёртывания крови.

Задача № 2

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

В течении последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/л$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные,

шейные лимфатические узлы размерами до 2,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: Нв-86г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}/л$, Тромб. – единичные, Лейк. – $208 \times 10^9/л$, бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз -200/3, белок -960ммоль/л, реакция Панди- +++, бласты-100%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Объясните патогенез клинических симптомов.

Эталон ответа:

1. Острый лимфобластный лейкоз, Т- клеточный вариант, период разгара клинических проявлений, нейрорлейкоз.
2. Решающим в постановке диагноза явилось наличие более 25% бластных клеток по данным миелограммы, иммунологическое, цитохимическое исследование костного мозга, результаты исследования ликвора.
3. Программная терапия, включающая: Индукцию ремиссии. Консолидацию ремиссии. Санацию оболочек головного и спинного мозга путём интратекального введения химиопрепаратов и краниооблучение. Поддерживающую терапию.
4. Метастазирование лейкозных клеток в оболочки головного и спинного мозга, в вещество мозга и нервные стволы.
5. Интоксикационный синдром обусловлен влиянием цитокинов лейкемических клеток, пирогенного действия продуктов извращённого метаболизма распадающихся опухолевых клеток, наслоением асептического воспаления. Гиперпластический синдром развивается в результате лейкемической инфильтрации в лимфоузлы, селезёнку, печень, в костную ткань, под надкостницу. Геморрагический синдром в результате нарушения коагуляционного компонента гемостаза, тромбоцитарного компонента гемостаза (тромбоцитопения, тромбоцитопатия), ДВС-

синдрома. Анемический синдром является следствием недостаточности гемопоеза в результате бластной гиперплазии в костном мозге, подавления эритропоеза, кровотечений.

Задача

3

Ребенок А., 3 года, поступил в отделение с жалобами на бледность, вялость, плохой аппетит. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии и токсикоза 2 половины, роды преждевременные, с массой 2200 г. На грудном вскармливании находился до 3 мес., затем переведен на искусственное вскармливание. Прикорм введен в возрасте 8 месяцев, питание однообразное: молоко, каши.

Объективно: ребенок вялый. Кожные покровы бледные, чистые, сухие на ощупь. Отмечается ломкость, поперечная исчерченность ногтей, тусклость волос. Тургор мягких тканей снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах максимальной нормы. Тоны сердца умеренно приглушены, учащены, короткий систолический шум. Пульс - 124 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ периферической крови: эритроциты - $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 64 г/л, ЦП - 0,6, ретикулоциты - 0,7%, гипохромия, пойкилоцитоз, анизоцитоз эритроцитов ++, лейкоциты - $6,0 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $240 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 35%, лимфоциты - 58%, моноциты - 3%, СОЭ - 19 мм/час. Биохимический анализ крови: белок - 70 г/л, билирубин - 10 мкмоль/л, сывороточное железо - 7,9 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки - 65 мкмоль/л. 113

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назовите показатели для уточнения диагноза железодефицитной анемии?
4. Определите принципы лечения.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести выставляется на основании: жалоб – вялость, плохой аппетит; наличия факторов риска (ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии и токсикоза 2 половины, роды преждевременные, раннее искусственное вскармливание неадаптированными смесями, позднее введение мясного прикорма); клинических симптомов анемии и сидеропении, лабораторных данных: снижение уровня эритроцитов ($2,7 \times 10^{12}/л$),

гемоглобина (64 г/л), выявления гипохромии (ЦП 0,6), анизоцитоза эритроцитов, микросфероцитоза; снижения СЖ и увеличения ОЖСС.

2. Дифференциальная диагностика ЖДА проводится с анемией хронических заболеваний, развивающихся в результате относительного 116 дефицита железа, что требует установления причины абсолютного дефицита железа. При анемии в результате хронических кровотечений без явного локального патологического процесса исключаются тромбоцитопатии, коагулопатии и др.

3. Для уточнения диагноза ЖДА необходимо изучение показателей обмена железа: сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС), коэффициента насыщения трансферрина железом (НТЖ), сывороточного ферритина.

4. К принципам лечения ЖДА относятся следующие положения: возместить дефицит железа при ЖДА только диетотерапией без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно; терапию ЖДА проводят преимущественно препаратами железа для приема внутрь и не прекращают после нормализации уровня гемоглобина; гемотрансфузии при ЖДА проводят только по жизненным показаниям по 7–10 дней.

Тема: Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей.

Задача 1

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом – отрицательный.

Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(В)степени)».

Вопросы:

1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.
3. Почему из прокинетики выбран Домперидон, а не Метоклопрамид?
4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить Висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.
5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

Эталонные ответы:

1. Обязательным компонентом терапии ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом IIБ степени является

назначение: Антисекреторных препаратов – Ингибиторы протонной помпы: Эзомепразол,

Рабепразол, Омепразол в дозе 1 мг/кг/сут за 30 минут до еды в течение 3-4 недель – с целью снижения рН желудочного сока, а тем самым агрессивности

Рефлюктата при воздействии на слизистую пищевода; Прокинетики Домперидона 0,25 мг/кг 3-4 раза в день за 30 минут до еды и перед сном - с целью нормализации моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта в течение 2 - 3 недель; Антацидных препаратов (Маалокс, Фофалюгель, Гевискон) 3 раза в день и на ночь - с целью снижения рН желудочного сока, а тем самым агрессивности рефлюктата при воздействии на слизистую пищевода, курсом до 3 недель.

2. Из препаратов ингибиторов протонной помпы менее предпочтителен Омепразол, так как, являясь ингибитором микросомальных ферментов печени, он плохо сочетается с другими лекарственными средствами, повышает их токсичность.

3. Метоклопрамид, имея не только периферический, но и центральный механизмы действия, чаще вызывает побочные эффекты: явления паркинсонизма, беспокойство, чувство страха, сонливость, отеки, повышение АД, гормональные нарушения.

4. Необходимости в этом препарате нет, так как по механизму действия висмута трикалия дицитрат образует защитную пленку только на поверхности эрозивного либо язвенного дефекта (у пациента только воспалительные изменения).

5. Нет, не нужна, так как при обследовании на *Helicobacter pylori* результаты отрицательные.

Задача 2

Илья К. 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переизбытка, 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.

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-жёлтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветной показатель - 0,91, эритроциты $-4,2 \times 10^9$ /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, АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 22 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 единиц, билирубин - 15 мкмоль/л.

ЭФГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отёчна, 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 гиперемирована. Цитологическое исследование на Нр (-)

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.
4. Перечислите осложнения данной патологии у детей.
5. Перечислите принципы лечения данного ребёнка.

Эталоны ответов:

1. ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит). Хронический гастродуоденит поверхностный Нр (-),

обострение. Дуоденогастральный рефлюкс.

2. Диагноз выставлен на основании:

- жалоб (боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю), повышенная утомляемость, снижение успеваемости в школе);
- анамнеза (питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку, курит, около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога);
- объективного осмотра (язык густо обложен бело-жёлтым налётом, неприятный запах изо рта, живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилородуоденальной зоне).
- данные ЭФГДС.

3. Предрасполагают к развитию ГЭРБ отягощённая наследственность, заболевания ЖКТ, вегетативная дисрегуляция, ожирение, старший школьный возраст, мужской пол, глистно-паразитарные инвазии.

4. Пищевод Барретта. Стриктура пищевода. Язва пищевода.

5. Диетотерапия и режим - частое и дробное питание (5–6 раз в день); приём механически и химически щадящей пищи; последний приём пищи должен быть не позднее, чем за 3 часа до сна; избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР; не ложиться после еды; спать на кровати с возвышенным головным концом на 15 см; избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней. Медикаментозное лечение: блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды.

Задача 3

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, ребенок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды), диспепсический синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким), астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, головную боль).

Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован.

Наследственный анамнез: у отца и матери – язвенная болезнь желудка. В питании употребляет газированные напитки. Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен жёлто-зелёным налётом у корня. Перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 22 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+). Печень по краю рёберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезёнка не пальпируется.

Лабораторные и инструментальные методы исследования: ФГС (в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите заболевания с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Эталон ответа:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит III степени неосложнённое течение, тяжёлая степень тяжести.

2. Диагноз выставлен на основании:

- жалоб (болевой синдром в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды, диспепсический синдром в виде изжоги, отрыжки кислым и горьким, астеновегетативный синдром в виде слабости, утомляемости, головной боли),

- истории развития заболевания (мальчик болен в течение 3 лет, не обследован, у отца и матери – язвенная болезнь желудка, в питании употребляет газированные напитки, мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве),

- клинического обследования (состояние средней степени тяжести, язык обложен жёлто-зелёным налётом у корня, живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+),

- лабораторных, инструментальных методов обследования (ФГС:пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела пищевода).

3. Пациенту рекомендовано проведение суточного РН-мониторинга пищевода. РН-метрии желудка

для оценки функционального состояния кислотопродукции, биопсия слизистой оболочки

пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки для подтверждения морфологического варианта.

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Стол №1.

Рекомендации по изменению стиля жизни (уменьшение действия провоцирующих факторов).

Препараты, купирующие кислото-пептический фактор (уменьшают закисление пищевода). Нормализация моторной функции верхних отделов ЖКТ (нормализация двигательной функции пищевода и верхних отделов пищеварительного тракта).

Средства для лечения рефлюкс-эзофагита (механическое препятствие для кислото- пептического фактора).

Задача 4

Мальчик 8 лет, госпитализирован с жалобами на кишечное кровотечение (переведен из хирургического отделения).

Анамнез заболевания: на протяжении последних 4х лет отмечается примесь крови в стуле в виде прожилок крови на фоне оформленного стула. В течение последних 2х лет в анализах крови отмечается умеренная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, периодически ускорение СОЭ. Наблюдался суставной синдром (крупные суставы) с увеличением СРБ и АСЛО. Примерно 2 месяца назад появился многократный водянистый стул с большим количеством крови, отмечалась слабость, быстрая утомляемость, периодические боли в суставах и похудание.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие плохое, выраженная слабость, симптомы интоксикации. Рост 131 см, вес 27 кг. Живот участвует в акте дыхания, вздут. При пальпации мягкий, доступен глубокой пальпации,

отмечается болезненность по ходу сигмы, которая пальпируется плотным тяжом, мало подвижна, спазмирована. В эпигастральной области умеренная защита.

Данные обследования:

- Анализ крови: Hb 95 г/л, эр. $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромб. 450×10^9 /л, лейкоц. 17×10^9 /л, миелоциты 1%, п/я 9%, с/я 50%, лимф. 31%, мон. 10%, СОЭ 15 мм/ч.
- Биохимический анализ крови: железо 2,7 мкмоль/л, ферритин 11,5 мкг/л.
- Коагулограмма: фибриноген 4,75 г/л.
- Анализ крови на антигенную активность: АНФ отр. (N отр.); ЦИК – 80 Ед (N до 130); рANCA 1/20 (N отр.); AMA 1/20 (N отр.); ASMA отр. (N отр.).
- Альфа-амилаза мочи: 26.11.08 – 599 Ед/л; 2.12.08 – 330 Ед/л (N 0-447).
- Анализ кала: реакция на скрытую кровь – положительная. Яйца глистов, остриц и простейшие не обнаружены.
- Фиброколоноскопия: фиброскоп введен свободно. Осмотрена слизистая толстой кишки на всем протяжении, пройти в подвздошную кишку не удалось, баугиниева заслонка сомкнута. Слизистая толстой кишки на всем протяжении с диффузной пятнисто-точечной гиперемией, обмазана слизью, участками петехий, выраженная кровоточивость на месте взятия биоптатов. Выраженный катаральный колит. Данные биопсии: во всех фрагментах явления острого (обострение) неспецифического воспаления.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте основной диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите признаки острого воспалительного процесса у данного больного.
4. Перечислите направления патогенетической терапии: основные схемы лечения, группы используемых препаратов, дозировки, длительность курсов лечения.
5. Назовите алгоритм терапевтических и профилактических мероприятий.

Эталоны ответов:

1. Неспецифический язвенный колит, тотальный колит, средне-тяжелая форма, высокая активность. Железодефицитная анемия II степени.
2. Синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона.
3. Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Фиброколоноскопия: слизистая толстой кишки на всем протяжении с диффузной пятнисто-точечной гиперемией, обмазана слизью, участками петехий, выраженная кровоточивость на месте взятия биоптатов. Выраженный катаральный колит.
4. Терапия первой линии для индукции - оральное и ректальное применение препаратов 5-аминосалициловой кислоты (Месалазин, Сульфасалазин). Пероральный Месалазин является препаратом выбора и назначается в дозе 60-80 мг/кг в сутки, но не более 4,8 гр в сутки. Возможно применение Сульфасалазин по 70-100 мг/кг в сутки, максимальная доза 4 гр в сутки. Ректальные препараты 5-

аминосалициловой кислоты применяются в дозе 25 мг/кг в сутки, но не более 1 гр в сутки. Препараты 5- аминсалициловой кислоты назначаются в полной дозе до индукции ремиссии, в среднем на 2-3 месяца, затем переход на поддерживающую терапию. Поддерживающая терапия препаратами 5- аминсалициловой кислоты должна проводиться неограниченно долго в дозе не менее 40 мг/кг в сутки или 2,4 гр в сутки. При отсутствии ответа на пероральный и ректальный приём препаратов 5- аминсалициловой кислоты в оптимальной дозе в течение 2 недель показано назначение пероральных глюкокортикостероидов: Преднизолон 1-2 мг/кг сутки, но не более 60 мг в сутки перорально, в утренние часы на 2-3 недели, затем дозу Преднизолона снижают по 5 мг в неделю до полной отмены.

5. Целью диспансерного наблюдения является, в первую очередь, раннее выявление рецидивов заболевания, а также профилактика ректоректального рака. Особенности наблюдения за пациентами, получающими иммуносупрессоры и/или биологические препараты. Больному следует разъяснить необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, поскольку соблюдение предписаний по терапии существенно (в 2-2,5) раза снижает

Тема:Орфанные заболевания в педиатрии.

Задача 1.

Ребёнок Андрей П., 16 лет. Из анамнеза известно, что мальчик родился недоношенным, с массой тела при рождении: 2850г, длиной – 49 см. Рос и развивался с отставанием в физическом и интеллектуальном развитии. В возрасте до 7 лет часто и длительно болел простудными заболеваниями. Ребенок из семьи социального риска (тяжелые материальные условия жизни, бытовые условия неудовлетворительные (сырость, грибковые разрастания). При плановом флюорографическом обследовании в 15-летнем возрасте был выявлен диссеминированный процесс в лёгких. Активных жалоб на расстройство дыхания не предъявлял, отмечал редкий сухой кашель по утрам в течение полугода.

ОАК (12.07.06) - НЬ-132г/л, Ег-4,08*10⁹, Le-11,1*10⁹, ЦП-0,97,СОЭ-18 мм/ч, с/я-68%, л-24%, м-7%,п/я-1%,

ОАМ - св.желтая, прозрачная, уд.в-1020, Б- нет, глюкоза - отр, Le, эпителий-ед.в п/зр. НВs-антиген (14.07.06)- положительный, антител к ВГВ, ВГС не обнаружено, кровь на

RW, ВИЧ - отриц.

Биохимический анализ крови (14.07.06) - глюкоза-4,8г/л, О.Бел-74 г/л, билирубин-8 (1-7) моль/л, мочевины 3,0 ммоль/л, АсТ-0,54, АлТ-0,68 мкмоль/л, ЩФ- 1958 (N до 830).

ЭКГ - ритм синусовый, брадиаритмия, ЧСС-50-60 уд. в 1мин. Замедление проведения по правой ножке п. Гиса. Эл. систола в норме.

УЗИ печени - диффузные изменения паренхимы печени.

Rg-графия органов грудной клетки - фиброзирующий альвеолит токсического генеза. СГ - ЖЕЛ значительно снижена, бронхиальная проходимость нарушена на уровне крупных бронхов.

Бронхоскопия - косвенные признаки бронхиальной астмы. Смывы из бронхиального дерева на флору и чувствительность к антибиотикам - КУМ не обнаружены, бронхиальная микрофлора не обнаружена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Составьте план наблюдения за ребенком в условиях поликлиники.

Эталон ответа:

1. Экзогенный аллергический альвеолит.
2. Диспансерное наблюдение пульмонолога, торакального хирурга, педиатра, аллерголога, иммунолога, инфекциониста, фтизиатра, кардиолога в соответствии со стандартами. В комплекс терапии включить: гипоаллергенный быт и диету, курсами (2-3-хкратно в год) микроциркулянты, антиоксиданты, кардиотропы, витаминотерапию, физиотерапию, ЛФК (в т.ч. дыхательной гимнастики), комплекс массажа, санацию хронических очагов инфекции, санаторно-курортное лечение пульмонологического профиля.

Задача 2

Артем Д., 17 лет. Жалоб нет.

При профилактическом флюорографическом исследовании вовремя ежегодной диспансеризации обнаружена патология в средостении.

Объективно: по органам без патологических изменений.

При рентгенологическом исследовании отмечается двустороннее расширение срединной тени на уровне II-III ребер до 8,0- 9,0 см. Наружные контуры четкие, полициклические, симптом «кулис». В корневых зонах с обеих сторон округлой формы с четкими контурами увеличенные лимфатические узлы. Просветы крупных бронхов местами слегка сужены. Видны небольшие плевральные шварты. При бронхоскопическом исследовании выявляются косвенные признаки увеличения лимфатических узлов, бронхи не изменены.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Что такое симптом «кулис»?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Эталон ответа:

1. Саркоидоз легких.
2. Симптом кулис - это рентгенологический феномен, обусловленный частичным наложением друг на друга патологических образований, расположенных на разной глубине, в результате чего контур приобретает ступенчатый вид, напоминая театральные кулисы.
3. Туберкулез, лимфогранулематоз.

Задача 3

Больной Б., 16 лет. Заболел остро: кашель, насморк, общая слабость, тошнота, повышение температуры тела. В течение трех дней лечился от “простуды”. Кашель продолжался, в мокроте появилась примесь крови, привычная физическая нагрузка вызывала одышку, нарастала слабость. На 7-й день обратился к врачу. Был поставлен диагноз “грипп” и назначено лечение на дому, однако состояние ухудшалось, мокрота стала кровянистой, и на 14-й день больной был госпитализирован в пульмонологическое отделение 2-й городской больницы с диагнозом “двусторонняя пневмония”. Из-за отсутствия должного терапевтического эффекта в течение двух недель был заподозрен милиарный туберкулез легких, в связи с чем больного перевели в областной туберкулезный диспансер.

При поступлении: жалобы на тошноту, головокружение, резкую слабость, кровохаркание. Пульс — 128 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, частота дыханий — 40 в 1 мин, легочной звук укорочен, влажные хрипы. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке. Температура тела — 38,7°C.

Анализ крови: СРБ +++++, лейкоциты — $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты — $2,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 70 г/л.

Повторный анализ крови: эритроциты — $0,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 60 г/л, цветовой показатель — 1,1, лейкоциты — $6,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 80 мм/ч.

Коагулограмма: толерантность плазмы к гепарину — 130 с, фибриноген — 100 мг/л, рекальцификация плазмы — 100 с. Анализ мочи (05.06.1981): белок — 3,3%, эритроциты — 20–30 в поле зрения, лейкоциты — 5–7 в поле зрения.

Мокрота: цвет кровавый, большое количество эритроцитов, альвеолярных клеток с наличием в них гемосидерина.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обследования могут подтвердить диагноз данного заболевания?
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром Гудпасчера (геморрагический легочно-почечный синдром)
2. Предположить наличие СГ можно при детальной оценке клинической картины заболевания: сочетание легочной геморрагии с быстро прогрессирующим гломерулонефритом при отсутствии признаков системного васкулита.

Диагноз более достоверный, если наряду с характерными клиническими признаками при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почечной ткани на базальных мембранах клубочков выявляют линейные депозиты, включающие иммуноглобулины G или M и C3-фракцию комплемента. Обязательным для подтверждения диагноза является обнаружение в крови антител к клубочковым базальным мембранам.

3. В остром периоде синдрома Гудпасчера показано назначение пульс-терапии метилпреднизолоном или комбинированной пульс-терапии (метилпреднизолон+циклофосфан) с последующим переводом на

поддерживающую терапию после достижения клинико-лабораторной и рентгенологической ремиссии. С целью элиминации циркулирующих иммунных комплексов проводится плазмаферез. Симптоматическая терапия синдрома Гудпасчера включает переливания эритроцитарной массы и плазмы крови, назначение препаратов железа. При развитии терминальной почечной недостаточности применяются сеансы гемодиализа. Возможно выполнение нефрэктомии с последующей трансплантацией почки, однако это не исключает рецидива некротизирующего гломерулонефрита в трансплантате.

Компетенция/и: ПК-5, ПК-6, ПК-9

Задача 4

У больной 10 лет, после простудного заболевания сохранялись кашель с отделением умеренного количества мокроты, субфебрильная температура, выражена легочно-сердечная недостаточность. При рентгенологическом обследовании диффузные изменения с усилением легочного рисунка. В крови ускорение СОЭ, лейкоцитоз, повышение иммуноглобулинов и иммунных комплексов. Проведена открытая биопсия легкого. При микроскопическом исследовании стенки альвеол, бронхиол инфильтрированы ПЯЛ, лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами, в просвете альвеол - белковая жидкость, гиалиновые мембраны.

Вопросы:

1. Диагностируйте заболевание и его стадию.
2. Проведите дифференциальный диагноз с другими хроническими заболеваниями легких.
3. Сформулируйте диагноз.

Эталон ответов:

1. Экзогенный аллергический альвеолит в стадии альвеолита.
2. Собственно, дифдиагноз целесообразно проводить только с бронхиальной астмой, т.к. при остальных формах хронических заболеваний легких нет признаков иммунопатологического процесса: лейкоцитоза, повышения ИГ и ИК.

При астме, во-первых, больная пришла бы с другими жалобами. Не было бы постоянного кашля с температурой, присутствовали бы астматические приступы и проч.

Во-вторых, не было бы ИК (астма – 1 тип аллергии по Джеллу-Кумбсу, ИК – 3 тип) (дифдиагноз интерстициальных фиброзов проводят друг с другом. В данном случае необходимо исключить различные ИФА (идиопатические фиброзирующие альвеолиты), т.к. в анамнезе имеется контакт с предполагаемым АГ-лекарством. Потом необходимо исключить возможные вирусные пневмониты, тут они исключаются благодаря биопсии (нет характерных эозинофильных включений и базофильных тоже. Таким образом, получаем аллергический альвеолит)

3.Основное заболевание: Экзогенный аллергический альвеолит в стадии альвеолита.

Осложнения основного заболевания: легочно-сердечная недостаточность.

Задача 5

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего месяца появился кашель, одышка на вдохе после физической нагрузки. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacterpylori* ИФА-методом - отрицательный.

Вопросы:

1.О каком диагнозе Вы подумаете?

2.Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1.Бронхиальная астма, рефлюкс-индуцированная.

2.Рентгенографии органов грудной клетки.

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ -0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

2.2. Промежуточная аттестация проводится в форме

Опрос (устный, письменный)

Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Перечень вопросов по дисциплине:

1. Достижения педиатрии в области снижения детской заболеваемости и смертности. Основоположники педиатрии.

2. Рахит, клиника, профилактика, лечение. Витамин Д — резистентные формы рахита. Гипервитаминоз Д. Нарушения минерализации скелета у детей: факторы риска, диагностика и профилактика.
3. Вскармливание детей первого года жизни. Принципы, алгоритмы естественного, смешанного и искусственного вскармливания.
4. Асфиксия плода и новорожденного. Шкала Апгар. Диагностические критерии. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия и ее последствия. Шкала Сарнат. Принципы реанимации новорожденных.
5. Недоношенные дети и дети с низкой массой при рождении. Этиология, эпидемиология, вскармливание.
6. Критерии диагностики, клиническая картина, лечение и профилактика острого простого бронхита, бронхоолита, обструктивного бронхита. Рецидивирующий бронхит.
7. Критерии диагностики, клиническая картина, лечение и профилактика хронического бронхита и бронхоэктатической болезни. Показания к бронхологическим методам исследования.
8. Муковисцидоз. Этиология и патогенез. Критерии диагностики, классификация, клиническая картина, осложнения, лечение.
9. Бронхиальная астма у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Критерии диагностики. Исследование функции внешнего дыхания при бронхиальной астме у детей. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы у детей. Тест-контроль.
10. Атопический дерматит. Этиология, патогенез. Особенности клинической картины и течения у детей в различные возрастные периоды. Диагностические критерии, классификация. Шкала SCORAD. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология и патогенез. Классификация, клиническая картина, диагностика, диагностические критерии, лечение и профилактика. Эволюция заболевания и особенности его течения в современных условиях.
12. Приобретенные пороки сердца у детей. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, показания к хирургическому лечению.
13. Врожденные пороки сердца. Классификация, клиническая картина, показания к хирургическому лечению.
14. Диффузные болезни соединительной ткани. Системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит. Этиопатогенез. Диагностические критерии, диагностика, лечение.
15. Ювенильный идиопатический артрит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика, клиническая картина, диагностические критерии отдельных форм.
16. Железодефицитная анемия и железодефицитные состояния. Этиология, патогенез, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика. Латентный дефицит железа. Показания к парентеральному введению препаратов железа.

17. Лейкозы. Современные представления об этиопатогенезе злокачественных заболеваний кроветворной системы. Классификация. Диагностика лейкозов (морфологические, цитохимические, цитогенетические методы, метод иммунофенотипирования).

18. Гемофилия. Классификация. Этиология. Патогенез. Критерии тяжести гемофилии. Клиническая картина в различные возрастные периоды. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях. Осложнения. Профилактика осложнений. Прогноз.

19. Патология тромбоцитарного звена гемостаза. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Тромбоцитопатии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Показания к спленэктомии. Другие методы хирургической коррекции.

20. Гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, возрастные особенности клиники, методы исследования (рентгенологическое исследование, эзофагофиброскопия, рН-метрия, гистологические и цитохимические исследования). Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

21. Гастриты, гастродуодениты. Хронический гастрит. Хронический гастродуоденит. Роль пилорического хеликобактера. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Функциональные методы исследования желудочной секреции (зондовые, беззондовые методы). Внутрижелудочная рН-метрия. Показания к рентгенологическому исследованию. Эзофагогастродуоденоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лечения гастрита хеликобактерной этиологии. Профилактика.

22. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, классификация. Клинические проявления. Диагностика. Методы выявления пилорического хеликобактера. Лечение язвенной болезни. Осложнения. Клинические проявления. Диагностика. Неотложная помощь при кровотечении и прободении язвы. Показания к хирургическому лечению.

23. Наследственные и врожденные заболевания почек и мочевыводящих органов. Наследственный нефрит. Синдром Альпорта. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, терапия.

24. Нефротический синдром у детей. Современные программы лечения.

25. Сахарный диабет, признаки гипо- и гипергликемической комы. Принципы расчета потребности в инсулине. Неотложная помощь при гипо- и гипергликемической коме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Некоторые достижения педиатрии в области снижения детской заболеваемости и смертности: Снижение летальности от пневмоний. Исследования и ранняя госпитализация маленьких пациентов с тяжёлыми

формами пневмонии позволили снизить летальность с 68% в 1930 году до 35% в 1932 году

Лечение пневмоний у детей раннего возраста. Применение сульфаниламидов позволило резко снизить летальность от пневмоний и устранить гнойные осложнения.

Лечение и профилактика туберкулёза. Применение антибактериальных препаратов и широкое внедрение в практику вакцинации и ревакцинации позволило добиться успехов в лечении и профилактике туберкулёза.

Выхаживание новорождённых. В 60-е годы в Институте педиатрии АМН СССР учёные добились значительных успехов в различных областях педиатрической науки, что позволило выхаживать новорождённых с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Некоторые основоположники педиатрии:

Г. Н. Сперанский. Считается основоположником научного направления по изучению физиологии и патологии раннего возраста. Он со своими учениками изучил возрастные особенности обмена веществ, функций пищеварительных желёз, высшей нервной деятельности, расстройств питания у детей раннего возраста. 15

И. А. Аршавский. Впервые обосновал необходимость раннего прикладывания ребёнка к груди матери. Данный подход впоследствии послужил основой для документа ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и практика поддержки грудного вскармливания» (1989 г.), рекомендации которого используются во всём мире. 2

Н. И. Касаткин. Создал единственную в СССР лабораторию по изучению развития нервной деятельности и поведения ребёнка раннего возраста и опроверг своими исследованиями общепринятое мнение о «функциональной недеятельности» высших отделов головного мозга в первые 3–4 месяца жизни.

Н. М. Щелованов и Н. М. Аксарина. Доказали, что при отсутствии воспитания ребёнка с первых месяцев жизни не может быть достигнуто полноценного развития, здоровья и правильного поведения

2. Рахит – заболевание быстрорастущего организма, характеризующееся нарушением минерального обмена и костеобразования. Рахит проявляется множественными изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата (размягчением плоских костей черепа, уплощением затылка, деформацией грудной клетки, искривлением трубчатых костей и позвоночника, мышечной гипотонией и др.), нервной системы, внутренних органов. Диагноз устанавливается на основании выявления лабораторных и рентгенологических маркеров рахита. Специфическая терапия рахита предполагает назначение витамина D в комплексе с лечебными ваннами, массажем, гимнастикой, УФО.

3. Правила естественного вскармливания: 1. перед кормлением помыть грудь (не каждый раз); 2. кормление в удобном сидячем состоянии; тело ребенка должно быть прижато к телу матери, лицо к груди; тело и голова ребенка

находятся в одной плоскости; 3. при каждом кормлении прикладывать только к одной груди, чередуя; 4. вначале сцедить несколько струек молока, затем прикладывать; захват не только соска, но и большей части ареолы, плотно прижат подбородок ребенка к груди; рот открыт, нижняя губа вывернута наружу; 5. после кормления необходимо сцеживать молоко; вытереть молочную железу; 6. продолжительность кормления средняя – 20-30 мин (помнить о: ленивых, проворных сосунах; молоко отличается по качеству в начале и в конце кормления); 7. если ребенок не хочет есть → молоко сцедить; 8. степень лактации определять по контрольному вскармливанию. Раннее прикладывание к груди и «свободное вскармливание» - ключевые факторы полноценной лактации. Прикорм — это все новые продукты питания, дополняющие вскармливание грудью или молочными смесями.

Основные принципы введения прикорма:

1. вводить новый продукт в первую половину дня, чтобы отследить возможные реакции на него;
2. каши, овощные/фруктовые/мясные пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных, постепенно добавляя другие продукты данной группы;
3. начинать давать новый продукт с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивая объём до возрастной нормы в течение недели;
4. новые продукты не рекомендуется вводить во время острых инфекционных болезней или в какие-то особые моменты (переезд на другую квартиру, выезд за город, на отдых, болезнь родителей и т.д.).

4. Асфиксия новорожденного – это патология раннего неонатального периода, обусловленная нарушением дыхания и развитием гипоксии у родившегося ребенка. Асфиксия новорожденного клинически проявляется отсутствием самостоятельного дыхания ребенка в первую минуту после рождения либо наличием отдельных, поверхностных или судорожных нерегулярных дыхательных движений при сохранной сердечной деятельности. Новорожденные с асфиксией нуждаются в проведении реанимационных мероприятий. Прогноз при асфиксии новорожденного зависит от тяжести патологии, своевременности и полноты оказания лечебных мероприятий.

5. Недоношенные дети – это дети, родившиеся ранее срока родов, функционально незрелые, с массой ниже 2500 г и длиной тела менее 45 см. Клинические признаки недоношенности включают непропорциональное телосложение, открытые швы черепа и малый родничок, невыраженность подкожно-жирового слоя, гиперемии кожных покровов, недоразвитие половых органов, слабость или отсутствие рефлексов, слабый крик, интенсивную и длительную желтуху и др. Выхаживание недоношенных детей подразумевает организацию специального ухода - температурного режима, влажности, уровня оксигенации, вскармливания, при необходимости – проведение интенсивной терапии.

6. Бронхит – это диффузно-воспалительное заболевание бронхов, затрагивающее слизистую оболочку или всю толщу стенки бронхов. Повреждение и воспаление бронхиального дерева может возникать как самостоятельный, изолированный процесс (первичный бронхит) или развиваться как осложнение на фоне имеющихся хронических заболеваний и перенесенных инфекций (вторичный бронхит). Повреждение слизистого эпителия бронхов нарушает выработку секрета, двигательную активность ресничек и процесс очищения бронхов. Разделяют острый и хронический бронхит, различающиеся по этиологии, патогенезу и лечению. Обструктивный бронхит — это воспаление бронхов, которое сопровождается сужением их просвета (обструкцией), бронхоспазмом и нарушением проходимости воздуха. Проявляется одиночным, но достаточно частым кашлем, шумным, затруднённым дыханием и свистящими звуками на выдохе.

7. Бронхоэктатическая болезнь – это заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Основным проявлением бронхоэктатической болезни является постоянный кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты. Возможно кровохарканье и даже развитие легочного кровотечения. Со временем бронхоэктатическая болезнь может приводить к дыхательной недостаточности и анемии, у детей - к отставанию в физическом развитии. Диагностический алгоритм включает физикальное обследование пациента, аускультацию легких, рентгенографию органов грудной полости, бронхоскопию, анализ мокроты, бронхографию, исследование ФВД. Лечение бронхоэктатической болезни направлено на купирование гнойно-воспалительного процесса внутри бронхов и санацию бронхиального дерева.

8. Муковисцидоз легких - клинический вариант системного муковисцидоза, протекающий с преимущественным поражением слизепroduцирующих желез респираторного тракта. Для легочного муковисцидоза типичен приступообразный кашель с вязкой мокротой, приступы удушья, одышка, рецидивирующие бронхопневмонии. По мере прогрессирования патологии у больных формируется дыхательная недостаточность и легочное сердце. Для оценки изменений в легких при муковисцидозе проводятся рентгенологические и эндоскопические исследования, спирометрия. Лечение муковисцидоза легких симптоматическое: муколитики, ингаляции, ЛФК, массаж, санационные бронхоскопии.

9. Бронхиальная астма у детей – это хроническое аллергическое заболевание дыхательных путей, сопровождающееся воспалением и изменением реактивности бронхов, а также возникающей на этом фоне бронхиальной

обструкции. Бронхиальная астма у детей протекает с явлениями экспираторной одышки, свистящими хрипами, приступообразным кашлем, эпизодами удушья. Диагноз бронхиальной астмы у детей устанавливается с учетом аллергологического анамнеза; проведения спирометрии, пикфлоуметрии, рентгенографии органов грудной клетки, кожных аллергопроб; определения IgE, газового состава крови, исследования мокроты. Лечение бронхиальной астмы у детей предполагает элиминацию аллергенов, использование аэрозольных бронхолитиков и противовоспалительных препаратов, антигистаминных средств, проведение специфической иммунотерапии.

10. Атопический дерматит у детей – это воспалительное заболевание кожи хронического рецидивирующего течения, возникающее в раннем детском возрасте вследствие повышенной чувствительности к пищевым и контактным аллергенам. Атопический дерматит у детей проявляется высыпаниями на коже, сопровождающимися зудом, мокнутием, образованием эрозий, корок, участков шелушения и лихенизации. Диагноз атопического дерматита у детей основан на данных анамнеза, кожных проб, исследования уровня общего и специфических IgE. При атопическом дерматите у детей показаны диета, местная и системная медикаментозная терапия, физиолечение, психологическая помощь, санаторно-курортное лечение.

11. ОРЛ у детей – инфекционно-аллергическое заболевание, протекающее с системным поражением соединительной ткани сердечно-сосудистой системы, синовиальных оболочек суставов, серозных оболочек ЦНС, печени, почек, легких, глаз, кожи. При ревматизме у детей может развиваться ревматический полиартрит, ревмокардит, малая хорея, ревматические узелки, кольцевидная эритема, пневмония, нефрит. Диагностика ревматизма у детей основана на клинических критериях, их связи с перенесенной стрептококковой инфекцией, подтвержденных лабораторными тестами и маркерами. В лечении ревматизма у детей применяются глюкокортикоиды, НПВС, препараты хинолинового и пенициллинового ряда.

12. Приобретенные пороки сердца – группа заболеваний (стеноз, недостаточность клапана, комбинированные и сочетанные пороки), сопровождающихся нарушением строения и функций клапанного аппарата сердца, и ведущих к изменениям внутрисердечного кровообращения. Компенсированные пороки сердца могут протекать скрытно, декомпенсированные проявляются одышкой, сердцебиением, утомляемостью, болями в сердце, склонностью к обморокам. При неэффективности консервативного лечения проводится операция. Опасны развитием сердечной недостаточности, инвалидности и летального исхода.

13. Врожденные пороки сердца – группа заболеваний, объединенных наличием анатомических дефектов сердца, его клапанного аппарата или сосудов, возникших во внутриутробном периоде, приводящих к изменению внутрисердечной и системной гемодинамики. Проявления врожденного порока сердца зависят от его вида; к наиболее характерным симптомам относятся бледность или синюшность кожных покровов, шумы в сердце, отставание в физическом развитии, признаки дыхательной и сердечной недостаточности. При подозрении на врожденный порок сердца выполняется ЭКГ, ФКГ, рентгенография, ЭхоКГ, катетеризация сердца и аортография, кардиография, МРТ сердца и т. д. Чаще всего при врожденных пороках сердца прибегают к кардиохирургической операции – оперативной коррекции выявленной аномалии.

14. Группа заболеваний, протекающих преимущественно с системным или локальным поражением соединительной ткани. К ним относятся болезни с преобладающим поражением суставов; васкулиты и диффузные болезни соединительной ткани.

Системная красная волчанка – группа заболеваний соединительной ткани, аутоиммунного происхождения, поражающие в основном открытые участки кожи и внутренние органы.

Основная диагностика кожных форм красной волчанки – выявление основных клинических симптомов поражения кожи: эритемы, инфильтрации, фолликулярного гиперкератоза и атрофии кожи. В сложных случаях рекомендуется гистологическое исследование. Для установления диагноза важны результаты лабораторных исследований. Характерны значительное увеличение СОЭ, гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, диспротеинемия, наличие ЛЕ-клеток, выявление антинуклеарного фактора и противоядерных аутоантител.

Склеродермия- полисиндромное заболевание, проявляющееся прогрессирующим склерозом кожи, внутренних органов, сосудистой патологией. Выделяют ограниченные (кожные) и системные формы склеродермии. Ограниченная склеродермия встречается чаще у женщин в возрасте 40 – 60 лет. Высыпания на коже могут быть как единичными, так и множественными.

15. Ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит (ЮИА) — хроническое, тяжелое прогрессирующее заболевание детей и подростков с преимущественным поражением суставов неясной этиологии и сложным, аутоиммунным патогенезом, которое приводит к постепенной деструкции суставов, нередко сопровождается внесуставными проявлениями, нарушает рост и развитие ребенка, негативно влияет на качество всей жизни.

16. Железодефицитная анемия – синдром, обусловленный недостаточностью железа и приводящий к нарушению гемоглобинопоэза и тканевой гипоксии.

Клинические проявления представлены общей слабостью, сонливостью, пониженной умственной работоспособностью и физической выносливостью, шумом в ушах, головокружениями, обморочными состояниями, одышкой при нагрузке, сердцебиением, бледностью. Гипохромная анемия подтверждается лабораторными данными: исследованием клинического анализа крови, показателей сывороточного железа, ОЖСС и ферритина. Терапия включает лечебную диету, прием препаратов железа, в некоторых случаях – трансфузию эритроцитарной массы.

17. Лейкоз у детей – злокачественное заболевание крови, характеризующееся опухолевой пролиферацией незрелых клеток-предшественников лейкоцитов. Клинические проявления лейкоза у детей могут включать увеличение лимфатических узлов, геморрагический синдром, боли в костях и суставах, гепатоспленомегалию, поражение ЦНС и др. Диагностике лейкоза у детей способствует развернутый общий анализ крови, проведение стеральной пункции с исследованием пунктата костного мозга. Лечение лейкоза у детей проводится в специализированных гематологических стационарах с помощью химиотерапии, иммунотерапии, заместительной терапии, трансплантации костного мозга.

18. Гемофилия – наследственная патология системы гемостаза, в основе которой лежит снижение или нарушение синтеза VIII, IX или XI факторов свертывания крови. Специфическим проявлением гемофилии служит склонность больного к различным кровотечениям: гемартрозам, внутримышечным и забрюшинным гематомам, гематурии, желудочно-кишечным кровотечениям, длительным кровотечениям при операциях и травмах и др. В диагностике гемофилии первостепенное значение имеет генетическое консультирование, определение уровня активности факторов свертываемости, ДНК-исследование, анализ коагулограммы. Лечение гемофилии предполагает проведение заместительной терапии: трансфузии гемоконцентратов с факторами свертывания VIII или IX, свежезамороженной плазмы, антигемофильного глобулина и др.

19. Тромбоцитопеническая пурпура - это разновидность геморрагического диатеза, характеризующаяся дефицитом красных кровяных пластинок - тромбоцитов, чаще вызванным иммунными механизмами. Признаками тромбоцитопенической пурпуры служат самопроизвольные, множественные, полиморфные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, а также носовые, десневые, маточные и другие кровотечения. При подозрении на тромбоцитопеническую пурпуру оценивают анамнестические и клинические данные, показатели общего анализа крови, коагулограммы, ИФА, микроскопии мазков крови, пункции костного мозга. В лечебных целях больным назначаются кортикостероидные, гемостатические препараты, цитостатическая терапия, проводится спленэктомия.

20. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей – хроническое рецидивирующее заболевание, возникающее при ретроградном забрасывании содержимого желудка и начальных отделов тонкого кишечника в просвет пищевода. Основные эзофагеальные симптомы: изжога, отрыжка, дисфагия, одинофагия. Экстраэзофагеальные проявления: обструкция бронхиального дерева, нарушения работы сердца, дисфункция ЛОР-органов, эрозии зубной эмали. Для постановки диагноза применяются интраэзофагеальная рН-метрия, ЭГДС и другие методики. Лечение зависит от тяжести ГЭРБ и возраста ребенка, заключается в коррекции питания и образа жизни, применении антацидов, ИПП и прокинетиков или проведении фундопликации.

21. Гастрит — группа заболеваний разного генеза с острым или хроническим воспалением слизистой желудка. Проявляется эпигастральной болью, диспепсией, интоксикацией, астенией. Диагностируется с помощью ЭФГДС, рентгенографии желудка, уреазного теста, внутрижелудочной рН-метрии, исследования желудочного сока, других лабораторных и инструментальных методов. Для лечения применяют антибактериальные, антисекреторные, гастропротекторные препараты, компоненты желудочного сока в сочетании с лекарственными средствами, влияющими на отдельные звенья патогенеза. При некоторых формах заболевания показано хирургическое лечение.

22. Язвенная болезнь желудка – это хроническая полиэтиологическая патология, протекающая с формированием язвенных повреждений в желудке, склонностью к прогрессированию и формированию осложнений. К основным клиническим признакам язвенной болезни относят боль в области желудка и диспепсические явления. Стандартом диагностики является проведение эндоскопического исследования с биопсией патологических участков, рентгенографии желудка, выявление *H. pylori*. Лечение комплексное: дието- и физиотерапия, эрадикация хеликобактерной инфекции, оперативная коррекция осложнений заболевания.

23. Синдром Альпорта – наследственное заболевание почек, вызванное изменением синтеза коллагена типа IV, образующего базальные мембраны почечных клубочков, структуры внутреннего уха, хрусталика глаза. Мужчины страдают развернутой формой болезни с тяжелой симптоматикой. Женщины часто являются носителями гена, оставаясь здоровыми, или проявления болезни у них выражены слабо. Основные симптомы – микрогематурия, протеинурия, почечная недостаточность, сенсорная тугоухость, деформация и вывих хрусталика, катаракта. Диагноз устанавливается согласно клинико-анамнестическим данным, результатам общего анализа мочи, исследования биоптата почки, аудиометрии и офтальмологического осмотра. Лечение симптоматическое, включает терапию иАПФ и БРА.

24. Нефротический синдром у детей — это симптомокомплекс, который клинически проявляется отеками и снижением диуреза. Лабораторные признаки патологии — протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия и диспротеинемия. Синдром развивается при первичных гломерулопатиях, аутоиммунных, онкогематологических и сердечно-сосудистых заболеваниях. Для диагностики проводят анализы крови и мочи, биопсию почки, ЭхоКГ и ЭКГ. Лечение включает длительные курсы иммуносупрессорной терапии (глюкокортикоиды, алкилирующие агенты, ингибиторы кальциневрина) в комбинации с нефропротекторными, гипотензивными и мочегонными препаратами.

25. Сахарный диабет у детей – хроническое метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением секреции инсулина и развитием гипергликемии. Сахарный диабет у детей обычно развивается бурно; сопровождается быстрым похуданием ребенка при повышенном аппетите, неукротимой жаждой и обильным мочеиспусканием. С целью выявления сахарного диабета у детей проводится развернутая лабораторная диагностика (определение сахара, толерантности к глюкозе, гликированного гемоглобина, инсулина, С-пептида, Ат к β -клеткам поджелудочной железы в крови, глюкозурии и др.). Основные направления в лечении сахарного диабета у детей включают диету и инсулинотерапию. Йододефицитные заболевания щитовидной железы – тиреоидная патология, развивающаяся в результате недостатка йода в организме. Признаками йодного дефицита могут служить увеличение размеров щитовидной железы, дисфагия, ухудшение памяти, слабость, хроническая усталость, сухость кожи, ломкость ногтей, увеличение массы тела. Йододефицитные заболевания щитовидной железы диагностируются эндокринологом с учетом данных лабораторных анализов (уровня ТТГ и тиреоидных гормонов), УЗИ щитовидной железы, тонкоигольной биопсии. Терапия йододефицитных заболеваний может включать монотерапию калия йодидом, назначение L-тироксина или комбинированное лечение (L-тироксин+ препараты йода).

Тест

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

1. I СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отставанием в росте на 2-4 см и более
- 2) массо-ростовым показателем 55-59,9; дефицит массы 1,5-2 сигмы
- 3) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях

- 4) наличием пороков развития
 - 5) увеличением размеров паренхиматозных органов
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

2. ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) незрелость глюкуронилтрансферазы печени
- 2) изоиммунная гемолитическая анемия
- 3) гемоглобинопатия
- 4) внутриутробная инфекция
- 5) аутоиммунная гемолитическая анемия

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) ацикловир
- 2) неоцитотект
- 3) ганцикловир
- 4) макролиды
- 5) циклоферон

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

4. КАТАРАКТА, МИКРОФТАЛЬМИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГЛУХОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ

- 1) вирусом герпеса
- 2) цитомегаловирусом
- 3) вирусом краснухи
- 4) листерией
- 5) хламидиями

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

5. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД МЕСТНО ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1) не содержащие глюкокортикостероидные гормоны
- 2) содержащие глюкокортикостероидные гормоны в негалогенизированной форме, препятствующей системному воздействию
- 3) содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты
- 4) содержащие антибактериальные противовоспалительные средства
- 5) содержащие нестероидные противовоспалительные средства

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

6. ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И АНАБОЛИЧЕСКИЕ ГОРМОНЫ

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТРОФИИ

- 1) не показаны
- 2) показаны при I степени гипотрофии
- 3) показаны при II степени гипотрофии
- 4) показаны при III степени гипотрофии
- 5) показаны при гипостатуре

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

7. ПРИ РАХИТЕ В ПЕРИОД РАЗГАРА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) щелочной фосфатазы
- 2) общего белка
- 3) непрямого билирубина
- 4) АсТ, АлТ
- 5) холестерина

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

8. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ

- 1) системы кроветворения
- 2) центральной нервной системы
- 3) печени
- 4) костной системы
- 5) иммунной системы

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

9. ДЛЯ СИНДРОМА ДИ ДЖОРДЖИ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение IgA
- 2) снижение IgG
- 3) снижение IgM
- 4) лимфоцитопения
- 5) тромбоцитопения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

10. ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 3000 – 2501 г
- 2) 2500 – 2001 г
- 3) 2000– 1501 г
- 4) 1500- 1001 г
- 5) 1000 - 500 г

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

11. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДАЕТ РЕБЕНКУ ВСЕ ОТДАЛЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА, КРОМЕ

- 1) эффект продленного детства
- 2) снижение частоты средних отитов
- 3) снижение вероятности логопедической патологии
- 4) установка на естественное вскармливание своих детей \у девочек\
- 5) акселерация

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

12. ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ НА ЭКГ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) увеличением продолжительности комплекса QRS более 0,12–0,14 с
- 2) наличием зубца Р перед желудочковым комплексом
- 3) нормальной продолжительностью комплекса QRS
- 4) удлинением интервала PQ
- 5) отсутствием зубца Р перед желудочковым комплексом

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

13. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) через 30 минут после рождения
- 2) через час после рождения
- 3) через 2 часа после рождения
- 4) через 6 часов после рождения
- 5) сразу после рождения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ВЗРОСЛОМ ТИПЕ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) геморрагический синдром
- 2) увеличение лимфатических узлов
- 3) увеличение селезенки
- 4) увеличение печени
- 5) лихорадка

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

15. ОТЛИЧИЕМ МЕТОДИКИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реанимационные мероприятия начинаются с восстановления кровообращения
- 2) проводится только «открытый» массаж сердца
- 3) принципиальных отличий нет
- 4) трансторакальная электрическая дефибрилляция начинается с разряда 300 Дж
- 5) нет необходимости в искусственном дыхании

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

16. НЕОБХОДИМЫЙ ОБЩИЙ ОБЪЁМ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ЗОНД РЕБЁНКУ ДО 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 500 мл
- 2) 50 мл
- 3) 200 мл
- 4) 1000 мл
- 5) промывание через зонд в указанном возрасте не проводится

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

17. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ СПАЗМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) введение антипиретиков
- 2) применение физических методов охлаждения
- 3) использование седативных препаратов
- 4) внутривенное введение глюкозы
- 5) введение препаратов кальция

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

18. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛИХОРАДКЕ 38,0-38,8 ГР.С У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анальгин
- 2) аминазин
- 3) аспирин
- 4) парацетамол
- 5) димедрол

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

19. ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на искусственном вскармливании
- 2) на грудном вскармливании
- 3) на смешанном вскармливании
- 4) при раннем введении прикорма
- 5) при кормлении коровьем молоком

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

20. ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛАКТОЗЫ НОВОРОЖДЕННОМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СМЕСЕЙ

- 1) низколактозных
- 2) с низкой степенью гидролиза белка
- 3) с высокой степенью гидролиза белка

- 4) смесей на основе белков сои
- 5) безглютеновых смесей

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

21. ГЛАВНОЕ СВОЙСТВО ГАЛАКТОЗЫ

- 1) способствует росту нормальной микрофлоры кишечника
- 2) стимулирует моторику кишечника
- 3) повышает иммунную защиту
- 4) участвует в синтезе белков, входящих в структуру нейрона
- 5) уменьшает белковую нагрузку на почки

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

22. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СМЕСЕЙ, СОДЕРЖАЩИХ КАМЕДЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диарея
- 2) синдром рвоты и срыгивания
- 3) запоры
- 4) гипотрофия 1-2 степени
- 5) кишечные колики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

23. АДАПТИРОВАННЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ ВСЕМ ТРЕБОВАНИЯМ, КРОМЕ

- 1) белковый компонент смеси более, чем на 60% представлен казеином
- 2) высокая энергетическая ценность
- 3) концентрация сывороточных белков не менее 60 %;
- 4) сбалансированность по содержанию железа;
- 5) широкий комплекс водо- и жирорастворимых витаминов, макро- и микроэлементов

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

24. ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МЕТЕОРИЗМА И СВЯЗАННЫХ С НИМ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СРЕДСТВ, КРОМЕ

- 1) отвар ромашки
- 2) эспумизана
- 3) сернокислой магнезии
- 4) постановка газоотводной трубки;
- 5) сухое тепло на живот

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

25. НЕПАСТЕРИЗОВАННОЕ МОЛОКО, СОБРАННОЕ У МАТЕРИ В НОЧНЫЕ ЧАСЫ МОЖНО ХРАНИТЬ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ МОЛОЧНОЙ КОМНАТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА, В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) не более 6 часов
 - 2) не более 12 часов
 - 3) не более 24 часов
 - 4) не более 48 часов
 - 5) не более 1 месяца
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

26. ПРИ КАКИХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА У МАТЕРИ МОЖНО СОХРАНИТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- 1) туберкулез легких в фазе кальцинации
 - 2) туберкулез молочной железы
 - 3) диссеминированный туберкулез
 - 4) активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения
 - 5) первичном туберкулезном комплексе
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

27. СВОБОДНЫМ ВСКАРМЛИВАЕМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ РЕЖИМ ПИТАНИЯ

- 1) каждые 3 часа
 - 2) каждые 3 часа с ночным перерывом
 - 3) когда ребенок определяет часы и объем кормления по требованию
 - 4) кормление в определенные часы, но объем пищи определяется ребенком
 - 5) каждые 1,5 часа
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

28. СМЕШАННЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПИТАНИЕ РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА, КОГДА НАРЯДУ С ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ ДОКОРМ В ВИДЕ

- 1) фруктовых и овощных соков
 - 2) донорского молока
 - 3) искусственных адаптированных молочных смесей
 - 4) овощного пюре
 - 5) кефир
- ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

29. ПРИКОРМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОСТЕПЕННАЯ ЗАМЕНА ЖЕНСКОГО МОЛОКА ВО 2-М ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ

- 1) соками
- 2) донорским молоком
- 3) новыми продуктами питания отличительными от молока
- 4) искусственными молочными смесями

5) коровьем молоком
ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

30. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ГРУДЬЮ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1) 3-4
- 2) 5-6
- 3) 7-8
- 4) 8-10
- 5) 1-2

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

31. ПРИ ЛИХОРАДКЕ СВЫШЕ 38,8 ГР.С У ДЕТЕЙ МАЛОЭФФЕКТИВЕН

- 1) анальгин
- 2) ибупрофен
- 3) баралгин
- 4) парацетамол
- 5) димедрол

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

32. У 2-Х МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА НА ЭКГ – НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ С ЧСС 250 В МИНУТУ. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА

- 1) приложить лед к лицу
- 2) провести кардиоверсию
- 3) ввести лидокаин
- 4) ввести верапамил (изоптин)
- 5) допустимы все варианты

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

33. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ВПЕРВЫЕ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев
- 5) 9 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

34. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ВПЕРВЫЕ В ВОЗРАСТЕ

- 1)10 месяцев
- 2)12 месяцев
- 3)15 месяцев
- 4)16 месяцев

5) 21 месяца

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

35. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ ВПЕРВЫЕ В ВОЗРАСТЕ

1) 8-10 месяцев

2) 10-12 месяцев

3) 12-15 месяцев

4) 15-18 месяцев

5) 18-21 месяца

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

36. ВАКЦИНАЦИЯ АКДС ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1) 1 месяц

2) 2 месяца

3) 3 месяца

4) 4 месяца

5) 6 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

37. НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ РОДДОМА ВПЕРВЫЕ ПОСЕЩАЕТСЯ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ

1) в первые 3 дня

2) через 4 дня

3) через 5 дней

4) через неделю

5) через 10 дней

ЭТАЛОН ОТВЕТА :

38. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - УЧЕТНАЯ ФОРМА

1) 026 - у

2) 058 - у

3) 076 - у

4) 112 - у

5) 113 – у

ЭТАЛОН ОТВЕТА :4

39. РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДАЕТСЯ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ

1) 2 раза в месяц

2) ежемесячно

3) 1 раз в 2 месяца

4) 1 раз в 3 месяца

5) 2 раза в год

ЭТАЛОН ОТВЕТА :2

40. РЕБЕНОК С ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫМ ДИАТЕЗОМ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- 1) I
- 2) II а
- 3) II б
- 4) III
- 5) IV

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

41. У РЕБЕНКА ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ТАКТИКА ВРАЧА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- 1) назначить обезболивающий препарат, оставить ребенка под наблюдением врача-педиатра
- 2) назначить спазмолитик, оставить ребенка под наблюдением врача-педиатра
- 3) оставить под наблюдением участкового врача
- 4) госпитализировать в хирургическое отделение
- 5) госпитализировать в инфекционное отделение

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

42. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТСЯ В

- 1) 9 мес.
- 2) 10 мес.
- 3) 12 мес.
- 4) 15 мес.
- 5) 18 мес.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

43. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) слизистая оболочка мочевого пузыря
- 2) кровеносная и лимфатическая система почек
- 3) чашечно-лоханочный аппарат, канальцы и интерстиций
- 4) клубочек
- 5) петля Генле

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

44. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) интерстициальная ткань почек
- 2) клубочек
- 3) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций
- 4) корковое и мозговое вещество почек
- 5) слизистая оболочка мочевого пузыря

ЭТАЛОН ОТВЕТА:2

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пиелонефрит
- 2) гломерулонефрит
- 3) гемолитико-уремический синдром
- 4) отравление
- 5) ТИН

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

46. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ – ЭТО

- 1) хроническое заболевание легких, наследуемое по аутосомно-доминантному типу
- 2) врожденное заболевание легких, с клиническим дебютом в подростковом возрасте
- 3) приобретенное хроническое обструктивное заболевание легких, развившееся вследствие респираторного дистресс-синдрома новорожденных и/или ИВЛ, сопровождающееся гипоксемией и гиперреактивностью бронхов
- 4) спазм бронхов
- 5) воспаление альвеол

ЭТАЛОН ОТВЕТА:3

47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ

- 1) ночные
- 2) ночные и поздние
- 3) ранние
- 4) зависят от локализации гастрита
- 5) ранние и поздние

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

48. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ПЕРЕЗАКИСЛЕНИЕ ПИЩЕВОЙ КАШИЦЫ КОМПЕНСАТОРНО ОТВЕЧАЕТ

- 1) увеличением продукции бикарбонатов
- 2) увеличением уровня амилазы и липазы в сыворотке крови
- 3) увеличением уровня эндогенного сахара
- 4) снижением продукции бикарбонатов
- 5) снижением уровня эндогенного сахара

ЭТАЛОН ОТВЕТА:1

49. БОЛИ ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ИМЕЮТ ХАРАКТЕР

- 1) опоясывающих

- 2) кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
- 3) поздних болей в верхней половине живота
- 4) постоянных распирающих болей в правом подреберье
- 5) тупых распирающих болей в околопупочной области

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

50. НАИБОЛЕЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СТРОЕНИИ И ВОЗМОЖНЫХ АНОМАЛИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДАЕТ

- 1) УЗИ
- 2) гепатобилисцинтиграфия
- 3) биохимическое исследование пузырной желчи
- 4) ретроградная панкреатохолангиография
- 5) холецистография

ЭТАЛОН ОТВЕТА:4

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач

Компетенция/и: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Задача № 1

Девочка 3., 14 дней, от второй, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 5-е сутки жизни. Дома имела контакт с больным ОРВИ. В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизистогнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до 37,4°C. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: подъем температуры до 38,0°C, стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращают внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 70 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха выслушиваются крепитация. Границы относительной сердечной тупости: прав. - по прав. парастернальной линии, лев. - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верх. - второе ребро. Тоны сердца приглушены, ЧСС 170 в мин. Живот вздут, печень +1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы снижены.

Общий анализ крови: Hb - 174 г/л. Эр $-5,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $268,0 \times 10^9/л$, Лейк - $7,1 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%. СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 60 мм рт.ст., рСО₂ - 72 мм рт.ст., рН - 7,3, ВЕ - -8 ммоль/л, АВ - 14 ммоль/л, SB - 12 ммоль/л, ВВ - 29 ммоль/л.

Иммунофлюоресцентный анализ мазка из носоглотки: положительная реакция с вирусом парагриппа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка справа в S6-S7 выявляется участок инфильтративного затемнения легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какое лечение необходимо назначить пациенту?
4. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию до 3 месяцев?
5. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.

Эталон ответа:

1. Постнатальная вирусно-бактериальная пневмония, очагово-сливная, острое течение, тяжелая, ДН II степени, неосложненная.

2. У данного больного имеется характерная клиническая и рентгенологическая картина постнатальной домашней пневмонии. Поэтому вопрос о дифференциальной диагностике не возникает. В дальнейшем при отсутствии ожидаемого эффекта от лечения и торпидном течении болезни следует исключить атипичную пневмонию, лёгочную форму муковисцидоза, пороки развития лёгких.

3. Госпитализация в палату интенсивной терапии детского стационара (II этап выхаживания). Организация выхаживания: свободное пеленание; спокойная и термонейтральная обстановка; оптимальное освещение (не очень яркое); частые перемены положения тела; тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками; оксигенация в кислородной палатке или через биназальный катетер 35-40 кислородом. Адекватное и оптимальное питание ребенка с учетом толерантности к пище. К груди прикладывать при достижении стабильного компенсированного состояния. Инфузионная терапия. Суточное количество жидкости ограничивают физиологической потребностью плюс патологические потери. Рекомендуются 75-80% жидкости восполнить оральным путем, а внутривенно вводить не более 20-30 мл/кг/сут со скоростью 6-8 мл/час, равномерно в течение суток с помощью инфузионного насоса.

Инфузионная терапия при пневмонии заканчивается введением лазикса, чтобы снизить нагрузку объемом малого круга кровообращения. Коррекция ацидоза. Вводится в вену 2% раствор натрия гидрокарбоната после расчёта по формуле: 4% р-р NaHCO₃ (мл) = ВЕ \square массу тела(в кг) \square 0,3.

Антибиотикотерапия – основа успеха в лечении пневмонии у новорождённых детей. Эмпирически в начале проводят терапию ампициллином с амикацином (реже с гентамицином).

Курс антибиотикотерапии обычно составляет 2 недели, при стафилококковой пневмонии – до 3-4 нед. Биопрепараты назначают для нормализации биоценоза кишечника (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, бифиформ и др.). Пассивная иммунотерапия проводится иммуноглобулинами (антистафилококковый, антисинегнойный, пентаглобин и др.). Симптоматическая терапия (посиндромная). Дыхательный массаж, вибромассаж проводят в периоде реконвалесценции. При гиповолемии внутривенно вводят 0,9% раствор натрия хлорида, альбумин 10% раствор 10-15 мл/кг/сут., «Инфукол» - препарат ГЭК 6 % раствор. При лёгочной гипертензии (при ДНП-III степени) назначают лазикс 1 мг/кг 2-3 раза в сутки. Витамины С, В1, В2, В6, В15 внутрь, витамин Е по 10 мг внутримышечно. ОРВИ (неосложненная форма) лечат без антибиотиков. Последние назначают новорождённым из группы риска по инфекции:

4. В восстановительном периоде проводится диспансерное наблюдение в течение 1 года (в первые 6 мес участковый педиатр осматривает ребенка 2 раза в месяц, затем 1 раз в месяц). Назначается витамин Д3 (лечение и профилактика рахита), препараты железа (лечение и профилактика железодефицитной анемии).

5. Новорождённые дети с диагнозом острая пневмония обязательно госпитализируются.

Задача № 2

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза: ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортом без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период - 3 часа, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 45 см, окружность головы - 29 см, грудной клетки - 26 см. В родильном блоке проводилась саниация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузырьки диаметром до 1 см. Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1-1,5

см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита.

Кровь матери: реакция Вассермана +++++.

Общий анализ крови: Hb - 152 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, тромб - $180,0 \times 10^9/л$, лейкоц - $8,0 \times 10^9/л$, миелоциты - 7%, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с - 38%, л - 29%, м - 16%, СОЭ - 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты.
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
5. Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.

Эталон ответа:

1. Ранний врожденный сифилис (триада: сифилитическая пузырьчатка, сифилитический ринит, гепато- и спленомегалия). Сифилитическая пневмония. Лимфаденопатия. Асфиксия умеренная. Недоношенность 35 недель. ЗВУР, гипопластический вариант, средней тяжести. Необходимо исключить врожденный сифилитический энцефалит (нейролюис).

2. Бактериоскопия содержимого пузырей и из носа (выявление бледной трепонемы). Серологическое обследование для выявления специфических антител (IgG? IgM) к возбудителю сифилиса у матери и ребенка (парные сыворотки) в динамике через 10-14 дней: РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами; РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – даёт меньшее число ложноположительных результатов, чем РСК; ИФА (иммуноферментный анализ на специфические IgM, IgG), тест IgM-ИФА; РИФ в разных модификациях (реакция иммунофлюоресценции на специфические антитела); РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем); реакция иммунного блота (определение специфические IgM, IgG), иммуноблотинг; иммуносорбентный энзимный метод ELISA.

Обнаружение ДНК или антигенов возбудителя: полимеразная цепная реакция (ПЦР), энзимный иммуносорбентный анализ антигенов в биологическом материале от больного (кровь, ликвор, амниотическая жидкость). Патоморфологическое исследование плаценты на сифилис. Гинекологическое обследование матери на сифилис. Исследование глаз офтальмологом (выявление хориоретинита, иридоциклита). Рентгенография трубчатых костей (периоститы,

остеохондриты в зонах усиленного роста). Микроскопическая идентификация трепонем в ликворе.

3. Ребёнка и мать изолировать. В СЭС отправить экстренное извещение о случае врождённого сифилиса в родильном доме. Вызвать на консультацию дерматовенеролога. Решить вопрос о переводе ребёнка в специализированное отделение детской больницы.

4. Стафилококковая пузырчатка (пемфигус). Церебральная ишемия. TORCH-инфекция. Пневмония новорождённых. ОРВИ.

5. С момента рождения начать специфическое лечение новорождённого ребёнка (и соответственно мать). Используются бензилпенициллиновая натриевая (реже калиевая) соль 100000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 6 инъекций (14 дней); бензилпенициллин новокаиновая соль 50000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 2 инъекции с интервалом в 12 ч (14 дней); прокаин-пенициллин 50000 ЕД/кг/сут в мышцу в 1 инъекцию (14 дней); бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) 50000 ЕД/кг/сут в мышцу в 1 инъекцию трижды с интервалом в 7 дней; цефтриаксон (роцефин) 50 мг/кг/сут 1 раз в сутки в вену или в мышцу (10 дней). Повторные курсы в зависимости от результатов обследования в 1, 2, 4, 6 и 12 мес. жизни. Нетрепонемные серологические тесты угасают в 3 мес и становятся отрицательными в 6 мес.

После выписки относится ко II группе здоровья. Рекомендовано наблюдение дерматовенеролога, детского хирурга, оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога. В перечне медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (Приказ МЗ РФ № 375 от 18.12.1997 г.) врождённый сифилис не значится. Поэтому вакцинация данного ребёнка при выздоровлении должна проводиться соответственно календарю профилактических прививок.

Задача № 3

Девочка В., 8,5 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 постановке горчичников 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. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой 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 +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нb - 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.

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.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л (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).

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
5. Чем опасен судорожный синдром?

Эталон ответа:

1. Осн. д-з: Спазмофилия, явная форма, эклампсия. Соп. д-з 1: Рахит II степени, подострое течение, период разгара. Соп. д-з 2: Острый (простой) бронхит.
2. Судороги развились в результате повышенной нервно-мышечной возбудимости вследствие понижения уровня ионизированного кальция в экстрацеллюлярной жидкости на фоне дыхательного алкалоза (девочка плакала).

3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с: менингитом, менингоэнцефалитом, эпилепсией, судорогами при заболеваниях, вызванных наследственным или приобретенным нарушением обмена веществ, судорогами при травме головного мозга.

4. Необходимо: Госпитализировать ребенка; Соблюдать охранительный режим (ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур); Наладить ингаляции кислорода; В/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра), предварительно растворив в таком же объеме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида; 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 ввенно струйно. Желательно ребенка перевести на кормление материнским молоком, при невозможности этого – на адаптированную молочную смесь (1/3 суточного рациона может составить кисломолочная смесь); при этом надо максимально ограничить содержание цельного коровьего молока в рационе (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма;

5. Судорожный синдром опасен развитием гипоксии мозга, которая может привести к отеку мозга и летальному исходу, либо к повреждению ЦНС, обуславливающему нарушение дальнейшего нервно-психического развития ребенка. При спазмафилии может развиваться тяжелый приступ ларингоспазма, при отсутствии неотложной помощи который может закончиться летально, может произойти внезапная остановка сердца (тетания сердца).

Задача № 4

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 36,7°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: X-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 + 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.

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

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

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).

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?
3. Ваши представления о патогенезе заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Как проводить лечение?

Эталон ответа:

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

2. У данного ребенка развитию рахита способствовали: пренатальные факторы (неправильное питание, дефицит солнечного облучения матери во время беременности, осложненное течение беременности) способствовали недостаточному запасу витамина Д в организме ребенка; пищевые факторы (ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильное вскармливание (молочно-мучная диета)) редкое пребывание на свежем воздухе и, следовательно, недостаток солнечного облучения.

3. Патогенез заболевания (рахита): Недостаток витамина Д 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 околотитовидных желез. Паратгормон тормозит реабсорбцию фосфатов в почках, кроме этого при дефиците витамина Д неорганический фосфор не отщепляется от органических соединений, содержащихся в пище, развивается гипофосфатемия, способствующая ацидозу и нарушению белкового обмена. В результате происходит деминерализация костей, разрастание остеоидной 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 Д обладает иммуномодулирующим эффектом, при его недостатке развивается снижение иммунитета.

4. Дифференциальный диагноз проводят в первую очередь с так называемыми рахитоподобными заболеваниями: витамин-Д-зависимый рахит (I и II тип), витамин-д-резистентный рахит (фосфат-диабет), синдром Дебре-де Тони-Фанкони, первичная хондродистрофия, врожденная ломкость костей.

5. 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 Д начать с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, холекальциферол (Аквдетрим) 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. x 3 раза в день; препараты, уменьшающие вегетативные нарушения (например, аспаркам - 1/3 таб x 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); занятия лечебной физкультурой, массаж через 2 недели после начала медикаментозной терапии в течение 1,5-2 мес.

Задача № 5

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во

время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина - 51 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 реберного края 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, 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.

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.

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).

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

Вопросы:

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

Эталон ответа:

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. 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, не-сбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

3. Необходимо лечение пероральными препаратами железа, желателно в жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер). Суточная лечебная доза составляет $6 \text{ мг} \times \text{масса в кг}$. Масса $\sim 10 \text{ кг}$. Суточная доза = $6 \times 10 = 60 \text{ мг}$. Для приема полной терапевтической дозы необходимо 6 мл сиропа Феррум Лек в сутки (т.к. 1 мл содержит 10 мг элементарного железа). Курс лечения 6-10 недель. Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета. Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

4. 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). После достижения нормальных уровней гемоглобина для создания депо железа в организме целесообразно продолжать ферротерапию: 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).

5. 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 № 6

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

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался соответственно возрасту, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул),

отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см², перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - 4,1x10¹²/л, Лейк - 5,0x10⁹/л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5°. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, RV5 < RV6.

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

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку? Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Окажите неотложную помощь в случае развития отека легких.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Неревматический кардит приобретенный, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, тяжелый, острое течение, СНИБ ст., ФК III по NYHA.
2. Оценка проведенных обследований приведена в обосновании диагноза.
3. Дополнительные методы обследования: Б/х ан. крови: протеинограмма, серомукоид, проба Вельтмана, тимоловая, СРБ, АСТ, АЛТ, КФК, ЛДГ1-2 фракции, R-графия грудной клетки (левый бок с контрастированием пищевода), ан. мочи, измерение диуреза. Ферменты КФК, ЛДГ подтверждают диагноз.
4. Дифференцировать с ВПС с обогащением малого круга. Признаки ВПС могли бы проявиться с рождения, и при такой тяжелой СН порок протекал бы тяжело, проявился рано. Характер шума, приглушенные тоны, особенно I тон, не характерны для ВПС. На ДопплерЭхоКС при ВПС выявлены были бы патологические потоки. Врожденный кардит достоверен, если симптомы патологии проявляются внутриутробно или в роддоме; вероятный – если симптомы появляются в первые месяцы жизни без предшествующего интеркуррентного заболевания. Больной развивался до 11,5 мес. по возрасту.
5. В случае развития отека легких: Положение ребенка с возвышенным головным концом. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей (удалить слизь электроотсосом, грушей). Ингаляции увлажненного кислорода 70%, пропущенного через 33% спирт по 15-20 минут. Раствор лазикса 1% - 1,2 мл в/в. Раствор преднизолона 3% - 1 мл (30 мг) в/в струйно. Раствор седуксена 0,5 % - 0,7 мл в/м. При сохраняющемся низком сердечном выбросе – добутамин (в палате интенсивной терапии) титровано 60 мкг/мин (5 мкг/кг/мин) в физиологическом растворе. При отсутствии эффекта и угрозе остановки сердца – ИВЛ. После купирования отека легких и стабилизации гемодинамики – сердечные гликозиды в поддерживающей дозе (0,01 мг/кг) с последующим назначением ингибиторов АПФ (капотен 0,5 мг/кг в 3 приема) и антагонистов альдостерона (3 мг/кг).

Задача № 7

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру. Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При

аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм; признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь, активная фаза, активность II-III степени, ревмокардит возвратный, недостаточность митрального клапана, вальвулит аортального клапана, СН IIА ст., ФК II по NYHA.
2. Б\х ан. крови: протеинограмма, серомукоид, проба Вельтмана, тимоловая, СРБ, АСТ, АЛТ, иммунологические показатели – АСЛО, АСГ, АКА, ЦИК, иммуноглобулины А, М, G, мазок из зева и носа, ДопплерЭхоКС, ФКГ, Р-графия грудной клетки.
3. Разлитой усиленный верхушечный толчок свидетельствует о поражении аортального клапана, об этом же свидетельствует систолическое дрожание; дующий систолический шум на верхушке, проводящийся экстракардиально, связанный с I тоном – признак митральной недостаточности; «льющийся» вдоль грудины протодиастолический шум – проявление аортальной недостаточности. Характеристика сердечных тонов в задаче не дана.
4. Лечение: режим IБ, диета –10. ограничение соли до 3 г/сутки, жидкости – 75 % от диуреза предыдущего дня, антибактериальная терапия (бензилпенициллина натриевая соль), НПВС (диклофенак-натрий), глюкокортикостероиды (преднизолон), кардиотрофики (рибоксин, или элькар, или милдронат), ингибиторы АПФ (капотен), назначения других препаратов для лечения СН I-IIА не требуется; аскорбиновая кислота, рутин.

5. Преобладание экссудативного компонента воспаления в клинике дает более частое поражение сердца у детей с выраженным кардитом, вовлечением в процесс сердечных оболочек, перикарда, клапанного аппарата, кожных проявлений. Но в настоящее время тяжесть этих проявлений и частота вовлечения в процесс серозных оболочек значительно снизилась.

Задача 8

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с пере-несенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Тромб - $90 \times 10^9/л$, Лейк - $1,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.

Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.

3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного?
4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Д-з: Системная красная волчанка, активная фаза, акт. II-III ст., эритематозная «бабочка», полиартрит, люпуснефрит, подострое течение.
2. Диагностические критерии СКВ у данного ребенка – эритематозная бабочка, полиартрит, поражение почек, тромбоцитопения, лейкопения.
3. Люпуснефрит
4. Ан. крови на LE клетки, кровь на АНА (антиядерные антитела), гемостаз (АФС?)
5. Основные принципы лечения: системное применение глюкокортикостероидов (преднизолон), базисная терапия (цитостатики, например, циклофосфамид, метотрексат; циклоспорин А; аминохинолиновые препараты – плаквенил), иммуноглобулины для в/в введения, антикоагулянты, антиагреганты, симптоматическая терапия.

Задача № 9

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое.

Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

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

Общий анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,2 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

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

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз, укажите этиологию заболевания.
2. Назовите основные звенья патогенеза заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение, обозначьте тактику оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.
5. Укажите прогноз заболевания.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Острый бронхит, ДН 2. Этиология – вирусная (РС-вирусы, парагрипп III-V)
2. Некроз мерцательного эпителия мелких бронхов и бронхиол, отек слизистой, гипертрофия гладкой мускулатуры бронхов, десквамация эпителия и обтурация просвета дыхательных путей некротизированными массами.
3. Следует дифференцировать с обструктивным бронхитом (также характерна клиника бронхиальной обструкции, но течение менее тяжелое, без тяжелой дыхательной недостаточности, с более быстрым эффектом от комбинированной терапии бета-2-агонистами и ингаляционными кортикостероидами); Синдромом аспирации – в анамнезе обычно указывается факт вдыхания инородного тела (жидкости), сопровождавшийся приступом кашля. Муковисцидоз – отягощенный семейный анамнез, сопутствующий синдром мальабсорбции. Бронхиальная астма – повторные эпизоды бронхиальной обструкции, наличие других аллергических заболеваний у ребенка, отягощенный семейный аллергологический анамнез.
4. Лечение: ингаляции увлажненного кислорода под контролем пульсоксиметрии; ингаляции β_2 -агонистов возрастной дозе (сальбутамол, фенотерол, сальбутамол+фенотерол) на физиологическом растворе через небулайзер каждые 20 мин. в течение часа, далее повторять ингаляции каждые 4 часа; ингаляционный кортикостероид будесонид (пульмикорт) 250-500 мкг каждые 12 часов; муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол (лазолван) по 1,0 мл 2 раза на физиологическом растворе через небулайзер; вибрационный массаж, постуральный дренаж; при отсутствии эффекта от ингаляционной терапии – внутривенные инфузии системных глюкокортикостероидов (преднизолон) 1-2 мг/кг и метилксантинов (эуфиллин 2,4%); необходим контроль газов крови, при нарастании гипоксии выше 60% – перевод в реанимационное отделение, ИВЛ
5. Прогноз благоприятный, заболевание завершается полным выздоровлением. При выписке из стационара необходимо обсудить с родителями перспективы течения аллергии (с учетом отягощенного

семейного анамнеза и раннего перевода на искусственное вскармливание). Является фактором риска развития бронхиальной астмы после 2 лет

Задача № 10

Мальчик 9 лет, заболел остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой навязчивый болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние среднетяжелое, жалобы на головную боль, сухой навязчивый кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, конъюнктивы отечны, гиперемированы. Пальпируются передне- и заднешейные лимфатические лимфоузлы, множественные, мелкие, плотные. Дыхание хрипящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, Лейк – 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с – 57%, э – 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается негетмогенное затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя и средняя доля правого легкого вздута, повышена пневматизация. Слева отмечается усиление легочного рисунка. Тень средостения расположена срединно.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Острая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелая, неосложненное течение, ДН 1-2. Вероятный возбудитель- хламидия пневмония. Обоснование:
2. Проводится эмпирическая антибактериальная терапия. Основным критерий эффективности терапии - нормализация температуры, которая

оценивается в течение 24-48 часов. При отсутствии эффекта проводится смена антибактериальной терапии. Кроме того, учитываются динамика клинических симптомов, изменения в гемограмме, проводится контрольная рентгенография.

3. Заболевание следует дифференцировать с туберкулезом (проба Манту с 2, 5 ТЕРРDL);

Альвеолитом (диагноз исключается при отсутствии рецидивов с тяжелой дыхательной недостаточностью, признаками фиброза легких)

4. Антибактериальная терапия – препараты выбора макролидные антибиотики (азитромицин, кларитромицин, джозамицин) 10-14 дней, аминопенициллины: амоксициллин (флемоксин соллютаб), возможны защищенные аминопенициллины (аугментин, амоксиклав, флемоклав соллютаб). Оксигенотерапия. При сохраняющейся тяжести – в/венный иммуноглобулин. Муколитические средства – амброксол (лазолван). Дренажное положение, питьевой режим

5. Возможные осложнения заболевания – деструкция, плеврит, абсцесс легкого

Задача № 11

Мальчик 8 лет, поступил с жалобами на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки. От 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде от мекониевого илеуса). Болен с рождения: постоянный кашель, на 1-м году трижды перенес пневмонию. Затем неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. 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. Печень +6 см, селезенка не пальпируется. Стул обильный, жирный, замазкообразный.

Клинический анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}/л$, 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%, альфа 1 - глобулины - 9%, альфа - 2 - глобулины - 15%, β-глобулины - 10,5%, γ-глобулины - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ - ++, ЩФ - 850 Ед/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Потовый тест (анализатор «Macroduct»): проводимость хлоридов пота - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. 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 (га-зы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
3. Составьте план дальнейшего обследования.
4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Вторичный хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН2. Хроническая панкреатическая недостаточность. Задержка физического развития. Оценка по шкале Швахмана-Даймонда 45 баллов. Легочное сердце?
2. Гастроэнтеролог, ЛОР, генетик, кардиолог, диетолог
3. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мокроты, потовый тест (3кратно), генетическое обследование, бронхоскопия, КТ грудной клетки, спирометрия (ФВД), ЭКГ, ЭхоКГ, эластаза 1 кала
4. Диета. Кинезитерапия. Антибактериальная терапия (с учетом посева мокроты) – препараты с антисинегнойной активностью, предпочтение ингаляционным формам – тобрамицин (Тоби, Брамитоб), цефалоспорины 4 поколения, аминогликозиды, респираторные фторхинолоны. Ежедневно ингаляция с пульмозимом (рчДНАаза) через небулайзер. Муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброкол). Микросферические ферменты в высоких дозах с каждым приемом пищи (Креон, Эрмиталь) – 3000-5000 ЕД липазы/кг/сут. Жирорастворимые витамины (АДЕК). Оксигентерапия. Радикальная помощь – трансплантация комплекса «легкие-сердце».
5. Сомнительный, чаще неблагоприятный – определяется сроками постановки диагноза, качеством лечения и наблюдения.

Задача № 12

Компетенция/и: ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита, частых ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 140/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: Hb - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $12,3 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - мутная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,020, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты – измененные и неизменённые покрывают все поля зрения, лейкоциты - 20-30 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок – 1 г/л.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины 53%, α 1-глобулины - 3%, α 2-глобулины - 12%, β -глобулины - 12%, γ -глобулины - 15%, мочевины - 15 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного лабораторного и инструментального обследования.
3. Объясните происхождение отёков, протеинурии и гематурии, артериальной гипертензии.
4. Назначьте необходимое лечение. Окажите неотложную помощь при появлении симптомов острого нарушения мозгового кровообращения.
5. Какие цели дальнейшего диспансерного наблюдения на участке данного пациента?

Эталон ответа:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Период начальных проявлений с НФП. Диагноз выставлен, учитывая острое начало, наличие отеков, олигурии, макрогематурии, гипертензии.
2. Анализ крови, анализ мочи в динамике, биохимический анализ крови: общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, холестерин, калий,

натрий, проба Зимницкого, клиренс по эндогенному креатинину, титр АСЛ-О и др. антистрептококковых антител, УЗИ почек, ЦИК, иммуноглобулины, С3-фракция комплемента.

3. Гиперволемиа. При упорной гипертонии возможен ренин-ангиотензиновый механизм. Падение клубочковой фильтрации, гиперволемиа, перемещение жидкости в интерстициальное пространство из-за разницы осмотического давления под влиянием гипертонии и на фоне повышения порозности сосудов (вследствие действия антистрептокиназы и антистрептогиалуронидазы). Кроме того, при гиперволемии активируется ренин-ангиотензиновая система и альдостерон. Это приводит к повышению обратного всасывания натрия в канальцах, гипернатриемии и активации синтеза и выделения АДГ с усилением реабсорбции воды и нарастанию гиперволемии. Повышение порозности базальной мембраны и уменьшение отрицательного заряда анионного слоя базальной мембраны.

4. Окажите неотложную помощь при появлении симптомов острого нарушения мозгового кровообращения. Постельный режим и бессолевая диета до схождения отеков и снижения АД, пенициллин 8 – 10 дней, фуросемид 1 – 2 мг/кг по диурезу до схождения отеков, нифедипин или верапамил. При гиперкоагуляции – курантил 2 – 3 мг/кг. При появлении симптомов нарушения мозгового кровообращения – мониторинг АД, фуросемид 1-3 мг/кг парентерально, в/в эналаприлат натрия 5-10 мг/кг или нитропруссид натрия от 8 мкг/кг/мин в/в медленно.

5. Исключить формирование хронического гломерулонефрита и проследить полное восстановление функций почек. Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть. Первые 3 мес. анализ мочи каждые 2 недели, затем до года – ежемесячно, 2-ой год – 1 раз в 2 мес., 3-ий год – 1 раз в 3 мес. Анализ крови 1 раз в 3 мес., проба Зимницкого, биох. анализ крови на мочевины и креатинин 1 раз в 3 – 6 мес.. После сдачи анализов осмотр педиатра или нефролога. 1 раз в 6 мес. осмотр узких специалистов: окулиста, отоларинголога, стоматолога и санация хронических очагов инфекции. Занятие физкультурой в школе в лечебной группе 6 мес., затем в подготовительной – до конца диспансеризации. Исключить контакт с инфекционными больными (ОРВИ). Диета – стол 5.

Задача № 13

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 2 лет. Перенес ветряную оспу, частые ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Ребенок заболел через 8

дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки. Отеки нарастали, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, бледный, обширные отеки всего туловища, влажный кашель, температура 37,3°C. Границы сердца расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах, ЧД– 35 в мин. Живот увеличен в объеме. Пальпаторно и перкуторно – асцит. Печень + 4 см. Селезенка по краю реберной дуги. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи.

Общий анализ крови: Нв 160 г/л, Эр – 5,2х 10¹²/л, Тромб. 416,0х10⁹/л, Лейк - 9,8х 10⁹/л, п/я –3%, с–36%, л–54%, СОЭ-56 мм/ч.

Общий анализ мочи: моча соломенно-желтая, мутная, относительная плотность - 1018, 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, восковидные 2-3 в п/зр. Суточная протеинурия 5 г.

Биохимический анализ крови: общий белок - 40 г/л, альбумины – 40 %, α1-глобулины – 5 %, α 2-глобулины – 32 %, β-глобулины – 16 %, γ-глобулины – 7 %, холестерин – 16 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, креатинин – 130 мкмоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 60,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген - 8 г/л, протромбиновый индекс – 150%.

УЗИ почек: почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование, назовите функциональные методы исследования почек.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обозначьте механизм развития отеков при данном заболевании. Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Острый ГН с нефротическим синдромом, начальный период с НФП. В пользу диагноза: обширные отеки, асцит, высокий белок в моче, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, увеличение альфа-2 и бетта-глобулинов, снижение гамма-глобулинов, увеличение холестерина в сыворотке крови, а также нормальное АД, отсутствие гематурии, выраженная цилиндрурия. Современная формулировка диагноза: нефротический синдром, дебют. Нарушение функции почек.

2. Анализ крови. Анализ мочи. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, холестерин, общий белок и белковые фракции, клиренс по эндогенному креатинину), коагулограмма в динамике. Суточная протеинурия в динамике. Проба Зимницкого. Измерение суточного диуреза, взвешивание ребенка, измерение АД в процессе наблюдения. Клиренс по

эндогенному креатинину, проба Зимницкого, определение мочевины и креатинина в сыворотке крови.

3. Необходимо дифференцировать с острым ГН с нефритическим синдромом (характерным является артериальная гипертензия, гематурия), с аллергическими отеками (отсутствие изменений в моче, факт контакта с аллергеном, отягощенный анамнез).

4. Какие осложнения могут быть при этом заболевании? Отеки вызваны снижением онкотического давления плазмы вследствие гипоальбуминемии. Асцит – перитонит, гиповолемический шок, тромбофлебит (редко тромбоз почечных сосудов), рожеподобные эритемы. Осложнения гормонотерапии.

5. Стол 7. Режим полупостельный, преднизолон 2 мг/кг/сутки на 6 недель с переходом на альтернирующий режим 1,5 мг/кг/сутки 6 недель, с последующей постепенной отменой в течение 6 недель. На фоне лечения преднизолоном - препараты калия, антациды. Курантил 2 мг/кг/сутки, гепарин 100 ед на кг/сутки подкожно на 10-14 дней под контролем коагулограммы.

Задача № 14

Девочка 9 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38°C. Больна 3-й день. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г., период новорожденности без особенностей. Болела ОРВИ, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощён.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38,5°C. Тоны сердца ритмичные, ясные, тахикардия до 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный над лобком и в боковых отделах. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр - 4,5x10¹²/л, Лейк – 10,5x 10⁹/л, п/я - 10%, с - 63%, л - 25%, э – 2 %, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 150 мл, мутная, желтая, белок – 33 мг/л, лейкоциты – 30-60 в п/зр., эритроциты – 5-6 в п/зр.

Бак. посев мочи: высеяна кишечная палочка (1 млн. бактерий в 1 мл мочи), чувствительная к амоксиклаву, цефалоспорином 2 и 3 поколения, фурагину. УЗИ почек: без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и расскажите, как нужно оценить его эффективность.

4. Какой будет Ваша тактика, если процесс примет рецидивирующий характер?
5. Длительность диспансерного наблюдения, обследование и лечение в период диспансеризации. Когда можно снять с диспансерного учета?

Эталон ответа:

1. Инфекция мочевой системы. Боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, лейкоцитурия, бактериурия.
2. От острого цистита – для подтверждения диагноза «цистит» необходима цистоскопия или УЗИ мочевого пузыря (выявляется утолщение и огрубление складок мочевого пузыря, эховзвесь). От острого пиелонефрита – для подтверждения диагноза острый пиелонефрит необходимо сделать пробу Зимницкого. При ПН имеется снижение концентрационной функции почек. Кроме того, для ПН характерна цилиндрурия, на УЗИ почек увеличение их за счет отека, повышение эхоплотности интерстициальной ткани, нарушение кортикомедуллярной дифференциации. От гломерулонефрита – для ГН характерно наличие отеков, гипертонии, макрогематурии, олигурии.
3. Амоксиклав 30 мг/кг/сут на 3 приема в/м на 14 дней. Дополнительный прием жидкости в виде морсов, компотов, чая 20 мл/кг/сут. По купированию общеинфекционного синдрома. Санация мочи должна быть достигнута за 24-48 часов.
4. Проводить исследования, направленные на выявление нарушений уродинамики. Провести хронометраж мочеиспусканий и МЦГ для исключения ПМР. Сделать цистоскопию для исключения хронического цистита.
5. Один год при остром пиелонефрите. При выявлении нарушения уродинамики – до передачи во взрослую сеть. Первые 3 мес. – анализ мочи каждые 2 недели, затем 1 раз в мес. Каждый раз осмотр педиатра. Анализ крови, проба Зимницкого, биохимический анализ крови на мочевины и креатинин один раз в 3-6 мес. УЗИ почек и мочевого пузыря через год. Осмотр узкими специалистами один раз в 6 мес.

Задача № 15

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Две недели назад у мальчика поднялась температура до 38,0С, появились боли в горле. Выставлен диагноз лакунарной ангины, назначен оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей,

ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи, симметрично расположена. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: Нв-110г/л, Эр- 3,5 x 10¹²/л, Ц.п. -0,9, Тромб. –435, Лейк. –10,5x 10⁹/л, юные -1%, п/я – 5%, с – 57%, э -2%, л- 28%, м -7%, СОЭ- 25мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок -71г/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, креатинин – 47 ммоль/л, билирубин общий – 20, 2 мкмоль/л, АСТ – 20 ед, АЛТ – 20 ед.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
3. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни?
4. Составьте план лечения больного.
5. Возможно ли развитие ДВС-синдрома при данном заболевании.

Принципы оказания помощи

Эталон ответа:

1. Геморрагический васкулит с кожным, суставным, абдоминальным синдромом, острое течение, активность II степени.
2. Исследование коагулограммы (время рекальцификации, тромботест, активность Y, YII факторов, уровень антитромбина III, фибриноген, ПДФ, фактор Виллибрандта), ЦИК.
3. С хирургом.
4. В плане лечения: Ограничение двигательной активности до исчезновения геморрагической сыпи и болевых симптомов. Стол №1 с исключением пищевых аллергенов. Полифепан 1г/кг/сутки в 2 приёма. Курантил 3-5 мг/кг/сутки в 3 приёма. Гепарин 300 ЕД/кг/сутки п/к в клетчатку живота 4 р. в сутки. Реополиглюкин 10мл/кг в/в капельно. Ретинол 1-1,5 мг/сутки.
5. Возможно. Принципы оказания помощи. Ликвидация гемодинамических нарушений (реополиглюкин, реоглюман, реомакродекс, полиглюкин), Гепарин 5-15 Ед/кг в час капельно, Коррекция нарушений гемостаза (криоплазма в/в струйно 400-800 мл), Ингибиторы протеаз (трассилол, контрикал 8000-10000 ЕД. на одно введение в/в капельно), Нормализация тонуса периферических сосудов. Плазмаферез.

Задача № 16

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4 – летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нв-100г/л, Эр- 3,0 x 10¹²/л, Ретик – 3%, Тромб. – 300, Лейк. – 8,3 x 10⁹/л, п/я – 3%, с – 63%, э -3%, л- 22%, м – 9%, СОЭ- 12 мм/ч.

Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30сек.

Время свертывания крови по Ли – Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

Эталон ответа:

1. Гемофилия А, гемартроз правого коленного сустава. Гемофилическая артропатия.
2. Коагулограмма с определением уровня факторов свёртывания крови.
3. На возраст, состояние здоровья родителей, родственников мужчин по материнской линии, наличие упорных поздних кровотечений после травм, хирургических вмешательств, поражение опорно-двигательного аппарата у мужчин.
4. В случае выявления дефицита VIII фактора назначить: Препараты ф. VIII в\в кап, при их отсутствии криопреципитат в\в струйно каждые 6-8 часов; иммобилизация правого коленного сустава до 3-х суток лонгетой из пластика.
5. Патогенетической следует считать заместительную терапию препаратами, содержащими факторы свёртывания крови.

Задача № 17

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

В течении последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,30, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 2,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: Нв-86г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб. – единичные, Лейк. – $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз -200/3, белок -960ммоль/л, реакция Панди-+++ , бласты-100%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Объясните патогенез клинических симптомов.

Эталон ответа:

1. Острый лимфобластный лейкоз, Т- клеточный вариант, период разгара клинических проявлений, нейролейкоз.
2. Решающим в постановке диагноза явилось наличие более 25% бластных клеток по данным миелограммы, иммунологическое, цитохимическое исследование костного мозга, результаты исследования ликвора.

3. Программная терапия, включающая: Индукцию ремиссии. Консолидацию ремиссии. Санацию оболочек головного и спинного мозга путём интратекального введения химиопрепаратов и краниооблучение. Поддерживающую терапию.

4. Метастазирование лейкозных клеток в оболочки головного и спинного мозга, в вещество мозга и нервные стволы.

5. Интоксикационный синдром обусловлен влиянием цитокинов лейкемических клеток, пирогенного действия продуктов извращённого метаболизма распадающихся опухолевых клеток, наслоением асептического воспаления. Гиперпластический синдром развивается в результате лейкемической инфильтрации в лимфоузлы, селезёнку, печень, в костную ткань, под надкостницу. Геморрагический синдром в результате нарушения коагуляционного компонента гемостаза, тромбоцитарного компонента гемостаза (тромбоцитопения, тромбоцитопатия), ДВС-синдрома. Анемический синдром является следствием недостаточности гемопоэза в результате бластной гиперплазии в костном мозге, подавления эритропоэза, кровотечений.

Задача № 18

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована.

Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 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), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. билирубин - 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 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

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

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 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.

Ацидометрия желудка: натощак – рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции. В чем сущность дыхательного теста?
3. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.
4. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?
5. Современные принципы лечения данного заболевания. Предложите схему лечения данному ребенку.

Эталон ответа

1. Ds: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, «свежая язва», размером 0,8x0,6 см, впервые выявленная. Соп.: реактивный панкреатит.

2. Анамнез и клинический осмотр. Фиброгастродуоденоскопия с обязательной биопсией. Исследование кислотообразующей функции желудка.

Тесты диагностики *H. pylori* (неинвазивные и инвазивные), оптимально проведение 2-3 тестов.

Неинвазивные: Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C , которые выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины под действием уреазы бактерии *H. Pylori*. Иммуноферментный анализ – выявление в сыворотке крови или в капиллярной крови пациентов антитела к *H. Pylori*. Количественный иммуноферментный анализ антигена *H. Pylori* в кале. ПЦР определения фрагментов генома *H. Pylori* в кале - позволяет идентифицировать Нр без выделения чистой культуры.

Инвазивные: «Золотой стандарт» - гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и определение в нем уреазной активности; Уреазный - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор; Бактериологический - посев бактериальной культуры и определение чувствительности *H. Pylori* к антибактериальным препаратам.

3. Зернистость слизистой оболочки желудка, описываемая эндоскопистами как «слизистая по типу булыжной мостовой».

4. Содержимое в желудке натошак может свидетельствовать о нарушении моторики или гиперсекреции в желудке. Увеличение размеров головки и хвоста поджелудочной железы с понижением их эхогенности может указывать о реактивном воспалении, вследствие нарушений моторики ДПК или при папиллите. УЗИ не является определяющим и высокоспецифичным методом при данных заболеваниях.

5. Диета. Эрадикационная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол) + антибактериальная терапия (амоксциллин+кларитромицин) – курс 14 дней. Далее ИПП до 1 месяца. Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель) 5-7 дней и по требованию. Через 30-40 дней контроль эрадикационной терапии. Наблюдение гастроэнтерологом по месту жительства.

Задача № 19

Мальчик 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину и имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоanamнез не отягощен. Прививки по возрасту. У матери 34 лет - гастрит, у бабушки (по матери) - холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Тоны сердца ясные, ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст., дыхание пуэрильное. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные.

Общий анализ крови: Нb - 124 г/л, Ц.п. - 0,88, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $6,6 \times 10^9/л$; п/я - 4%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 6%, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ - 140

Ед/л (норма 70-140), амилаза - 120 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л, СРБ (+).

Диастаза мочи: 128 ед (норма 32-64).

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58x35 мм (норма не больше 50x30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка - 22 мм (норма 16), тело - 18 мм (норма 14), хвост - 26 мм (норма 18), имеют гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

Ретроградная холепанкреатография: внепеченочные и внутripеченочные протоки не расширены. Длина и диаметр пузырного протока не изменены, Вирсунгов проток расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какова причина заболевания в данном случае?
2. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Укажите показания к ретроградной холепанкреатографии. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Дайте рекомендации по диетотерапии. Напишите план лечения данного ребенка.
5. В каких случаях требуется хирургическое лечение? Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

Эталон ответа:

1. Ds: Хронический панкреатит средней тяжести в стадии обострения на фоне аномалии протоков поджелудочной железы.
2. Анализ данных анамнеза, объективного осмотра. Лабораторные исследования: амилаза и липаза крови, провоцирующие тесты, глюкоза крови натощак, амилаза мочи, эластаза-1 в кале, копрология, триглицериды в кале количественным методом (липидограмма). Ультразвуковая, компьютерная либо магнитно-резонансная визуализация поджелудочной железы, релаксационная дуоденография, ЭРХПГ.
3. Выявление аномалий, конкрементов и других вариантов обструкции в протоках поджелудочной железы. Глюкоза крови натощак, определение эластазы-1 в кале.
4. Голод не более чем на одни сутки, далее - постепенное введение продуктов из рациона диеты №5п. Диета N5п, исключение провоцирующих факторов (пища обильная, с большим количеством животных жиров). Облегчение болевых ощущений (анальгетики, спазмолитики). Антисекреторные препараты (омепразол) и антациды (маалокс). Ферменты (креон) В случаях выраженного дефицита массы тела - парентеральное и зондовое энтеральное питание.

5. При тяжелом течении заболевания, развитии осложнений. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара. Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть. Правильное лечебное питание. Ежеквартальные противорецидивные курсы заместительной ферментов, витаминов, гепатопротекторов. Ограничение физической нагрузки. Контроль за состоянием смежных органов пищеварения. Не реже 1 раз в 3 месяца - копроскопия, контроль амилазы крови, мочи. Один раз в 6 месяцев - УЗИ органов брюшной полости. В дальнейшем осмотр гастроэнтерологом и/или участковым педиатром проводится 2 раза в год

Задача № 20

Ольга Д., 6 лет. Родители ребенка обратились на прием к участковому врачу с жалобами на в животе, возникающую в области пупка вскоре после приема пищи, которая продолжается 30-40 минут и затем самопроизвольно исчезает, сниженный аппетит. Из анамнеза: девочка болеет около полугода, когда впервые стали беспокоить боль в животе, тошнота, изредка рвота при приеме жирной пищи. Девочка учится в подготовительном классе и отличается усидчивостью. Кроме того, посещает школу балетного искусства с 4 лет. Наследственный анамнез не отягощен. При осмотре: ребенок астенического телосложения, кожа бледная, субиктеричность кожи носогубного треугольника, полость рта чистая, язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, локальная болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье и околопупковой области. Пузырные симптомы Кера, Мэрфи, Ортнера положительные. Печень выступает из-под края реберного края на 3 см, плотно-эластичной консистенции, слегка болезненна. Стул 1-2 раза в сутки. Мочится безболезненно.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоц - $7,0 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 56%, э - 12%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з. Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л, амилаза - 78 Ед/л, билирубин - 17 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - ++; крахмал внутриклеточный - ++; нейтральный жир - +++; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - +, лейкоциты - 1-2 в п/з, обнаружены цисты лямблий.

Фекальная эластаза - 280 мкг/г кала.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхи́ма гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - ПДФ 10%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, дайте его обоснование.
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. Назначьте лечение данному больному.
4. Дайте рекомендации по диетотерапии.
5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Эталон ответа:

1. Ds: Функциональная диспепсия. Соп.: Дисфункция билиарного тракта по гипотоническому типу. Лямблиоз, кишечная форма.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, мочи – в пределах нормы. Копрограмма – стеаторея 1 типа, цисты лямблий. Фекальная эластаза – норма. УЗИ органов брюшной полости – ПДФ 10%, ниже нормы, гиподисфункция желчного пузыря.
3. Режим дня - регулирование физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Диета № 5. Маалокс по 1 д.л. х 3 раза в день. Через 1 час после еды. Курс 7-10 дней. Мотилиум 10 мг х 3 раза в день. Курс 10 дней. Эрадикация хеликобактер пилори (?) при выявлении целесообразно провести (омепразол, амоксициллин, кларитромицин). Курс 14 дней. Креон (микразим, эрмиталь) 10000 ЕД – по 1 капс х 3 раза в день, во время еды. Курс 14 дней. Желчегонные препараты – урсофальк по 250 мг х 1 раз в 20 часов. Курс 1 месяц. (хофитол по 1 таб х 3 раза в день. Курс 1 месяц). Лечение лямблиоза – немозол 200 мг х 1 раз в день. Курс 7 дней (макмирор, гайро, фуразолидон). Тюбажи по Демьянову х 1 раз в неделю № 5-7 с минеральной водой Ессентуки №17, Джермук 100-200 мл, 25-33% раствором магния сульфата 20-50 мл, 10-20% раствором сорбита или ксилита 50-100 мл. Физиотерапия - индуктотермия, электрофорез новокаина 1-2%, платифиллина 0,1%, папаверина гидрохлорида 2% на область правого подреберья № 10
4. 5-6 раз в день (часто, мало), в одно время; стол №5 (механически и химически щадящая пища -готовится на пару, либо в отварном виде, по типу пюре); рекомендовано: сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, овощи (свекла, тыква, кабачки, морковь), фрукты и ягоды (курага, клубника, малина, шиповник), черный хлеб, овсяные хлопья, пшеничные отруби (длительно).
5. Физкультура: освобождение от занятий на 5 недель от обострения, затем специальная или подготовительная группа на 2 года. Лечебная физкультура. Осмотры гастроэнтеролога (педиатра) – в 1 год после острого обострения 4 раза в год, со второго года – 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение – 1 раз в год через 3 месяца после обострения. Фитотерапия (по 3 недели 2 раза в год) - аир болотный, бессмертник, мята перечная, одуванчик, тысячелистник, тмин обыкновенный, вахта трехлистная, береза бородавчатая и пушистая. Минеральные воды малой (2-5 г/л) и средней (5-15 г/л) минерализации - в теплом виде (35-40 градусов), дегазированная, до еды. Контрольное обследование – ПЦР кала на лямблиоз через 3 месяца.

Снятие с диспансерного учета через 3 года при отсутствии обострений и изменений при УЗИ желчного пузыря и дуоденальном зондировании.

Задача № 21

Ира Д., 6 лет. Девочка от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г, рост 46 см. Раннее развитие без особенностей. Из анамнеза известно: что в 5 лет перенесла сотрясение мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов.

Осмотр: рост 130 см, вес 28 кг. Вторичные половые признаки: P2, Ax0, Ma2, Me с 6 лет.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр – $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк – $5,5 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 52%, э - 1%, л - 41%, м - 5%. СОЭ -4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая, удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,5 ммоль/л, натрий - 140,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените физическое и половое развитие?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Препаратом какой группы проводится лечение данной патологии?

Эталон ответа:

1. Рост 130 см, вес 28 кг, > 97 центиля соответствует 9 годам, половая формула: P2, Ax0, Ma2, Me с 6 лет. P2 – соответствует 11-12 годам. Ax0 – < 12. Ma2 – соответствует 10-11 годам. Me с 6 лет – 13-14 лет
2. Преждевременное половое развитие, истинное, полная изосексуальная форма. Диагноз поставлен на основании появления вторичных половых признаков по женскому типу и ускорения темпов физического развития, характерных для пубертатного периода в нефизиологические ранние сроки – 6 лет.
3. Органическое (посттравматическое) поражение гипоталамо-гипофизарной области мозга - сотрясение головного мозга в 5 лет.
4. Необходимо исключить опухоль ЦНС: консультация окулиста (глазное дно), ЭхоЭГ, поля зрения, КТ, ЯМР, консультация невролога, психиатра, уточнить семейный анамнез. Р-графия кистей для определения костного возраста (костный возраст опережает паспортный), УЗИ органов малого таза, УЗИ надпочечников. Определение уровня гонадотропина, ЛГ, тест с люлиберином, определения уровня половых стероидов (эстроген у девочек, тестостерон у мальчиков), определение уровня 17-КС и 17-ОКС.

5. Длительно (до наступления сроков физиологического пубертата) аналоги гонадотропин-релизинг гормона (люлиберина). Например, диферелин 50 мкг/кг 1 раз в 28 дней.

Задача № 22

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ), во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нв - 91 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Какая причина могла привести к развитию данной патологии?
4. На какой день после рождения ребенка проводится лабораторный скрининг, какую патологию исключают?
5. Нуждается ли ребенок в гормональной терапии? Уровень какого гормона используется для оценки адекватности заместительной терапии?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Врожденный гипотиреоз. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания – большая масса тела при рождении, затянувшаяся желтуха новорожденного, медленная эпителизация пупочной ранки, задержка психо-моторного развития, склонность к запорам, мышечная гипотония, живот увеличен в размерах, расхождение прямых мышц живота, и лабораторных данных – гиперхолестеринемия и гипохромная анемия.

2. Определить в крови Т3, Т4, ТТГ (Т3 в № 1,17-2,18 ммоль/л, Т4 – 74,6-173,8, ТТГ – 0,6-3,8 мкЕД/л). УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, костный возраст.
3. Эмбриональные пороки развития щитовидной железы, ферментативное нарушение синтеза гормонов щитовидной железы, возможно связанное с наличием патологии щитовидной железы у матери во время беременности (эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени по Николаеву).
4. 4-5 день жизни у доношенных и 7-10 у недоношенных проводят скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, муковисцидоз, галактоземию, врожденную дисфункцию коры надпочечников.
5. Да, обязательно. Пожизненная терапия левотироксином. Для оценки адекватности заместительной терапии используется определение ТТГ (не больше 5 мкЕД/мл).

Задача № 23

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр – $3,9 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,5 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 4%, л - 37%, м - 6%, СОЭ - 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 5,2 ммоль/л, натрий - 137,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 65,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены; паренхима - подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря - утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз (с указанием степени).
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие основные принципы диетотерапии и другие лечебные мероприятия применяются?

5. Перечислите возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Конституционально-экзогенное ожирение III степени, простая форма, медленно прогрессирующее течение. Сопутствующий диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей. Диагноз поставлен на основании жалоб на избыточный вес, наследственного анамнеза – родители и родная сестра мальчика полные, в семье много употребляют сладкого, жирного; объективно – подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе, ИМТ = 29,27, что соответствует ожирению III степени ($(29,27-17,2)/17,2*100 = 70,17\%$). В б/х ан. крови – гиперхолестеринемия; по УЗИ ЖКТ признаки застоя желчи и дискинезии желчевыводящих путей.

2. R-графия черепа с прицелом на турецкое седло, поля зрения, ЭхоЭГ, осмотр окулиста (глазное дно), УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, гормональное обследование: пролактин, ТТГ, Т4, ЛГ, ФСГ, тестостерон, кортизол; расширенная капрология, дуоденальное зондирование.

3. Дифференцировать с вторичными формами ожирения (эндокринное, гипоталамическое, церебральное), при которых избыточный вес является одним из симптомов основного заболевания.

4. Соблюдение диеты, с ограничением легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, кондитерские изделия, варенья, компоты) с заменой их на защищенные углеводы (овощи и фрукты с большим содержанием клетчатки и пектиновых волокон). Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшим объемом. Ограничение суточного калоража за счет снижения употребления жиров, замена легкоусвояемых углеводов на защищенные. ЛФК, массаж, физиопроцедуры, водолечение (душ Шарко). Мероприятия, направленные на увеличение расхода калорий.

5. Кардиоваскулярные нарушения (артериальная гипертензия), метаболические нарушения (нарушение толерантности к углеводам и СД II типа), нарушение функции гонад, нарушения опорно-двигательного аппарата, вторичный диэнцефальный синдром. Угроза формирования метаболического синдрома с развитием острых сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Задача № 24

Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приеме были в месячном возрасте. Ребенок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с гестозом 2 половины. При сроке 32 недели перенесла острый бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при

рождении 3200 гр., длина - 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела - 4600 гр., длина - 57 см., окружность грудной клетки - 38 см. Температура тела 36,8°C. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание - пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переверачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Определите группу здоровья и направленность риска.
2. Причины возникновения данного состояния. Какие исследования необходимо провести ребенку?
3. План профилактических мероприятий. Какие врачи-специалисты должны осмотреть ребенка?
4. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребенка при отсутствии своевременной коррекции патологии.
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок.

Эталон ответа:

1. Постнатальная гипотрофия I степени, алиментарная, вторичная гипогалактия. Группа здоровья II. Существует направленность риска - развитие трофических нарушений.
2. Гипогалактия у матери. Контрольное взвешивание. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, обследование кала на дисбиоз, белки и фракции сыворотки крови.
3. План профилактических мероприятий. Рациональное вскармливание, возможен докорм адаптированными смесями, регулярный контроль за разовым и суточным объемом питания. Строгое соблюдение правил прикладывания ребенка к груди и правил кормления. Профилактика гипогалактии. Соблюдение санитарно-гигиенического режима. Строгий контроль за динамикой антропометрических показателей. Ранняя диагностика наследственных и врожденных заболеваний и их лечение. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание). Профилактика анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частой заболеваемости и кишечных инфекций. Необходимы консультации хирурга-ортопеда, невролога, окулиста.

4. Развитие анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частая заболеваемость.
5. Профилактические прививки в декретированные сроки.

Задача № 25

Девочке М., 6 месяцев, с неотягощенным прививочным анамнезом, была сделана третья профилактическая прививка вакциной АКДС и инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ). Предыдущие прививки АКДС + ИПВ перенесла хорошо.

На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз и лечебные мероприятия данному ребенку.
2. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением? Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Каковы показания к снятию вакцины из употребления?
4. В каком возрасте были проведены две первые вакцинации? Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии, столбняка законченным?
5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

Эталон ответа:

1. Обычная поствакцинальная реакция на введение АКДС. На основании повышения температуры до 38°C, беспокойства, появления инфильтрата диаметром 1 см, гиперемии и отека мягких тканей диаметром 3 см. При температуре выше 38°C назначается парацетамол 10 мг/кг per os.

2. Вакцинальные реакции – это закономерные, ожидаемые процессы в поствакцинальном периоде, указанные в наставлениях к вакцинам. На введение иммунобиологического препарата могут наблюдаться обычные поствакцинальные реакции: общие (повышение температуры, общее беспокойство, снижение аппетита) и местные (гиперемия и уплотнение в месте введения препарата).

Поствакцинальные осложнения – это патологическое явление не свойственное обычному вакцинальному процессу, сопровождающееся длительным нарушением состояния. Осложнения: повышение температура выше 40°C, инфильтрат больше 8 см, отек, гиперемия больше 8 см., анафилактический шок – до 5-6 часов. У детей 1 года эквивалент шока –

коллаптоидное состояние: побледнение, цианоз, вялость, адинамия, снижение АД, липкий холодный пот. Афебрильные судороги – «кивки», абсансы. Энцефалит.

3. Повышение температуры выше 38,5°C более чем у 1% всех вакцинированных, развития отека тканей размером более 5 см. и инфильтратов более 2 см. у 4% и более из числа всех вакцинированных лиц; развитие тяжелых поствакцинальных осложнений.

4. В 3 мес. и 4,5 мес. Курс можно считать законченным.

5. Медицинскому отводу не подлежит.

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ - 0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Педиатрия
31.08.13 Детская кардиология

Билет к зачёту № 1

1. Вопрос для проверки уровня сформированности знаниевого компонента компетенции (ЗНАТЬ) ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Атопический дерматит. Этиология, патогенез. Особенности клинической картины и течения у детей в различные возрастные периоды. Диагностические критерии, классификация. Шкала SCORAD. Дифференциальная диагностика. Лечение.

2. Вопрос для проверки уровня сформированности деятельностного компонента компетенции (УМЕТЬ) ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Критерии диагностики, клиническая картина, лечение и профилактика острого простого бронхита, бронхиолита, обструктивного бронхита. Рецидивирующий бронхит. Неотложная помощь при обструктивном бронхите

3. Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована.

Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 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), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. билирубин -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 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

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

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 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.

Ацидометрия желудка: натошак – рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции. В чем сущность дыхательного теста?
3. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.
4. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?
5. Современные принципы лечения данного заболевания. Предложите схему лечения данному ребенку.

Заведующая кафедрой факультетской и паллиативной педиатрии

_____ Леднева В.С.