

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 3

ИНСТИТУТ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ – ФИЛИАЛА ФБГУН
ФЕДЕРАЛЬНОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА «ВЛАДИКАВКАЗСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»

ЛАБОРАТОРИЯ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Педиатрия с детскими инфекциями.

Тестовые задания и задачи.

«Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного образования врачей».

Протокол № 021 от 17.05.2018г.

Регистрационный № 389 ЭКУ

Владикавказ 2018г

Педиатрия с детскими инфекциями. Тестовые задания и задачи. Учебное пособие / Т.Б. Касохов, З.А. Цораева, С.В. Туриева, А.Н. Шляйхер – Владикавказ, 2018. – 96с.

Составители:

Касохов Т.Б. – д.м.н., проф., Зав. Лабораторией детской патологии ИБМИ ВНЦ РАН; зав. кафедрой детских болезней №3

Цораева З.А. – к.м.н., доц. кафедры детских болезней №3

Туриева С.В. – к.м.н., ассистент кафедры детских болезней №3

Шляйхер А.Н. – ассистент кафедры детских болезней №3

Настоящее пособие представляет часть комплексного курса по педиатрии.

В книгу включены материалы по основным разделам программы подготовки специалистов в интернатуре и ординатуре по педиатрии: Неонатология, Гастроэнтерология, Кардиология, Нефрология, Гематология, Пульмонология, Аллергология и иммунология.

Учебное пособие предназначено для ординаторов и врачей, обучающихся в системе дополнительного профессионального образования, по специальности «Педиатрия».

Тестовые задания являются одним из основных дидактических компонентов учебно-методического комплекса по педиатрии. Содержание пособия отвечает требованиям современных программ по педиатрии, образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки врача-специалиста.

Рецензент:

С.М. Безроднова – д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии ФПДО ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава РФ;

Э.В. Дудникова – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1. НЕОНАТОЛОГИЯ.....	5
2. КАРДИОЛОГИЯ.....	19
3. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.....	31
4. АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ, ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	44
5. ГЕМАТОЛОГИЯ.....	57
6. НЕФРОЛОГИЯ.....	69
7. ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ.....	82
8. ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.....	94

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

9. ГЕМАТОЛОГИЯ.....	108
10.ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.....	118
11.ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.....	124
12.ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.....	127
13.АЛЛЕРГОЛОГИЯ.....	133
14.КАРДИОЛОГИЯ.....	140
15.НЕОНАТОЛОГИЯ.....	145
16.ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ.....	162
17.НЕФРОЛОГИЯ.....	171
18.ОРЗ.....	176
19.ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.....	179
20.ЛИТЕРАТУРА.....	221

«НЕОНАТОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК – ЭТО РЕБЕНОК, РОДИВШИЙСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) менее 37 недель
- 2) менее 38 недель
- 3) 37 – 42 недель

2. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК

- 1) отношение числа детей, умерших в течение первой недели после родов, из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 2) отношение суммы числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
- 3) отношение суммы числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

3. У НОВОРОЖДЕННЫХ МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС КОНЕЧНОСТЕЙ

- 1) сниженный
- 2) повышенный сгибателей
- 3) повышенный разгибателей

4. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА

- 1) 1-й день жизни
- 2) 2-й день жизни
- 3) 3-й день жизни
- 4) 4-й день жизни
- 5) 5-й день жизни

5. ПОД ТЕРМИНОМ «ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ» ПОНИМАЕТСЯ

- 1) новорожденные с массой тела выше должествующей данному гестационному возрасту на 2 σ и более, или масса тела которых выше 90 перцентиля
- 2) новорожденные с массой тела ниже должествующей данному гестационному возрасту на 2 σ и более, или масса тела которых ниже 10-го перцентиля

3) новорожденные с отставанием физического развития, нарушением функционального состояния ЦНС, метаболическими расстройствами и сниженной иммунологической реактивностью

6. ПРИБАВКА В МАССЕ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ АДЕКВАТНОЙ ДЛЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ 2 МЕСЯЦА ЖИЗНИ

- 1) 5 – 10 г/кг
- 2) 10 – 15 г/кг
- 3) 15 – 20 г/кг
- 4) свыше 20 г/кг

7. НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РОДЗАЛЕ СЛЕДУЕТ ПЕРЕВЕСТИ

- 1) в физиологическое отделение роддома
- 2) в палату совместного пребывания матери и ребенка
- 3) отделение патологии новорожденных роддома
- 4) отделение патологии новорожденных детской больницы

8. СВОБОДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ – ЭТО РЕЖИМ ПИТАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ РЕБЕНКА КОРМЯТ

- 1) каждые 3 ч с ночным перерывом
- 2) каждые 3 ч
- 3) «по требованию» (ребенок сам определяет часы и объем кормлений)
- 4) в определенные часы, объем пищи определяет сам ребенок

9. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1,8 – 2,2 г/кг
- 2) 4 - 6 г/кг
- 3) 2 – 3 г/кг

10. АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО – ЭТО СОСТОЯНИЕ, КОГДА

- 1) отсутствует дыхание
- 2) отсутствует сердцебиение
- 3) отсутствует пульсация пупочной вены

11. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОМУ НАДАВЛИВАНИЕ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1) средней трети грудины
- 2) нижней трети грудины
- 3) мечевидного отростка
- 4) 2 см вправо от грудины

12. ПРИ ПРИЗНАКАХ ГИПОВОЛЕМИИ В РОДЗАЛЕ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) восполнители ОЦК
- 2) раствор глюкозы
- 3) адреналин
- 4) натрия гидрокарбонат

13. КЕФАЛОГЕМАТОМА – ЭТО КРОВОИЗЛИЯНИЕ

- 1) подкожное
- 2) под апоневроз
- 3) под надкостницу
- 4) внутричерепное

14. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ

- 1) сосудистого звена гемостаза
- 2) тромбоцитарного звена гемостаза
- 3) коагуляционного звена гемостаза

15. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) внутриутробной инфекцией
- 2) иммунологическим конфликтом
- 3) нарушением конъюгации билирубина
- 4) гемоглобинопатией

16. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГБН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) обесцвеченный кал
- 2) анемия
- 3) увеличение печени и селезенки
- 4) геморрагическая сыпь на коже
- 5) желтуха

17. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ОЦЕНИВАЮТ ПО ШКАЛЕ

- 1) Апгар
- 2) Сильверман
- 3) Даунс
- 4) Дементьевой
- 5) Баллард

18. ТЯЖЕСТЬ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) выраженностью токсикоза

- 2) степенью дыхательной недостаточности
- 3) видом возбудителя
- 4) длительностью течения
- 5) морфологическими изменениями в легких
- 6) наличием осложнений

19. КАЛЬЦИФИКАТЫ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ, ХОРИОРЕТИНИТ, ГИДРОЦЕФАЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) цитомегаловирусной
- 2) сифилисе
- 3) токсоплазмозе
- 4) краснухе
- 5) листериозе

20. ДЛЯ СЕПСИСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) множественные очаги инфекции
- 2) пороки развития и стигмы дизэмбриогенеза
- 3) тяжелое нарушение функции ЦНС
- 4) нарушение иммунитета, гомеостаза и гемостаза
- 5) воспалительные изменения в анализе крови
- 6) обязательно наличие бактериемии

21. ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК – ЭТО РЕБЕНОК, РОДИВШИЙСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 37 - 42 недель
- 2) 38 – 42 недель
- 3) 37 - 41 недель

22. ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ – ЭТО

- 1) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 живорожденных
- 2) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 3) число детей, умерших в течение первых 28 суток жизни, из 1000 живорожденных
- 4) число детей, умерших в течение первых 7 суток жизни, из 1000 живорожденных

23. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО В МИНУТУ

- 1) 40 – 50
- 2) 20 – 40
- 3) 60 - 80
- 4) 20 – 30

24. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ ВЕСА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 -2 %
- 2) 3 – 4 %
- 3) 4 – 5 %
- 4) 5 – 8 %

25. ДЕТИ С «НИЗКОЙ МАССОЙ» К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ ЭТО

- 1) новорожденные с массой тела выше должествующей данному гестационному возрасту на 2 σ и более, или масса тела которых выше 90 перцентиля
- 2) новорожденные с массой тела ниже должествующей данному гестационному возрасту на 2 σ и более, или масса тела которых ниже 10-го перцентиля
- 3) новорожденные с отставанием физического развития, нарушением функционального состояния ЦНС, метаболическими расстройствами и сниженной иммунологической реактивностью

26. ВРЕМЯ УГАСАНИЯ БОЛЬШИНСТВА ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- 1) 2 – 4 мес
- 2) 3 – 5 мес
- 3) 4 – 6 мес
- 4) 5 – 7 мес

27. ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТЕ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) 18°C
- 2) 20°C
- 3) 22°C
- 4) 25°C

28. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ГРУДЬЮ МАТЕРИ

- 1) не рекомендуется
- 2) рекомендуются
- 3) способствуют длительной лактации
- 4) уменьшают лактацию, так как нарушают сон матери

29. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 – 3 г/кг
- 2) 4 - 6 г/кг
- 3) 7 – 8 г/кг

30. ШКАЛУ АПГАР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
- 1) степени зрелости новорожденного ребенка
 - 2) физического развития новорожденного
 - 3) состояния ребенка при рождении
31. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОМУ ГЛУБИНА НАДАВЛИВАНИЯ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ
- 1) 1, - 1,5 см
 - 2) 1,5 – 2,0 см
 - 3) 2,0 - 2,5 см
 - 4) 2,5 – 3,0 см
32. ВСЕМ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ В АСФИКСИИ, В РОДЗАЛЕ ВВОДЯТ
- 1) раствор глюкозы
 - 2) эуфиллин
 - 3) витамин К
 - 4) адреналин
33. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ
- 1) ограничение активных движений руки
 - 2) беспокойство при разворачивании ребенка
 - 3) припухлость в области ключицы
 - 4) при пальпации определяется «хруст»
34. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) анемия
 - 2) мелена
 - 3) гемартрозы
 - 4) внутричерепные кровоизлияния
35. ЖЕЛТУХА ПРИ ГБН ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ НА
- 1) 1-2 сутки жизни
 - 2) 3-и сутки жизни
 - 3) 4-5 сутки жизни
36. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГБН ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) анемия
 - 2) гепатоспленомегалия
 - 3) отеки
 - 4) желтуха

5) геморрагическая сыпь на коже

37. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРОВОДИТСЯ

- 1) эуфиллином
- 2) дексаметазоном
- 3) фенobarбиталом
- 4) сернокислой магнезией

38. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ – ЭТО

- 1) внутриутробное инфицирование
- 2) осложнение ИВЛ
- 3) аспирация в родах

39. КАТАРАКТА, МИКРОФТАЛЬМИЯ, ПОРОКИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ

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

40. ОСОБЕННОСТЯМИ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) постнатальное инфицирование
- 2) чаще внутриутробное инфицирование
- 3) форма септицемии
- 4) форма септикопиемии
- 5) острое течение
- 6) подострое течение
- 7) возбуждение ЦНС, высокая температура

41. ПЕРЕНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК – ЭТО РЕБЕНОК, РОДИВШИЙСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 38 - 41 недель
- 2) более 40 недель
- 3) более 42 недель

42. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ – ЭТО

- 1) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 живорожденных
- 2) число детей, умерших в возрасте до 1 года, из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 3) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 родившихся живыми и мертвыми

4) число детей, умерших в возрасте до 1 года, из 1000 живорожденных

43. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ ТРЕХ ДНЕЙ

- 1) 4 -5
- 2) 6 - 8
- 3) 10 - 12
- 4) 15 – 25

44. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕСА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К

- 1) 3-му дню жизни
- 2) 4-му дню жизни
- 3) 5-му дню жизни
- 4) 6-му дню жизни
- 5) 7-му дню жизни

45. ВЫДЕЛЯЮТ ВАРИАНТЫ ЗВУР

- 1) гипопластический
- 2) гипотрофический
- 3) диспластический
- 4) внутриутробная гипотрофия

46. ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- 1) препаратов железа
- 2) фолатов
- 3) витамина Е
- 4) эритропоэтина
- 5) сочетанного применения эритропоэтина и препаратов железа

47. ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА В ПАЛАТЕ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 40 %
- 2) 50 %
- 3) 55 – 60 %
- 4) 70 – 75 %

48. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ацидофильные палочки
- 2) бифидобактерии
- 3) кишечные палочки

49. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 4 - 6 г/кг
- 2) 12 – 14 г/кг
- 3) 8 – 10 г/кг

50. ЕСЛИ РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 5 БАЛЛОВ, ТО АСФИКСИЯ

- 1) легкая
- 2) среднетяжелая
- 3) тяжелая

51. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОМУ ЧИСЛО НАДАВЛИВАНИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ

- 1) 60 – 80
- 2) 80 – 100
- 3) 100 – 140
- 4) 140 – 160

52. СТИМУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

- 1) преднизолоном
- 2) эуфиллином
- 3) налорфином
- 4) адреналином

53. ЕСЛИ КИСТИ НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДЯТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ «ТЮЛЕНЬИХ ЛАПОК», ТО МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПОРАЖЕНИЕ

- 1) периферических нервов
- 2) спинного мозга
- 3) головного мозга

54. НОВОРОЖДЕННОМУ С ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1) общий анализ крови + тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения
- 2) общий анализ мочи
- 3) биохимический анализ крови
- 4) коагулограмму

55. ТЕМНАЯ МОЧА И АХОЛИЧНЫЙ СТУЛ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1) конъюгационной желтухе
- 2) гепатите новорожденных

- 3) атрезии желчевыводящих путей
- 4) синдроме «сгущения желчи» у ребенка с ГБН
- 5) желтухе от материнского молока

56. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) симптом Грефе
- 2) мышечная гипотония
- 3) судороги
- 4) выбухание большого родничка

57. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) анализ периферической крови
- 2) исследование КОС и газов крови
- 3) рентгенографию грудной клетки
- 4) бактериологическое исследование крови
- 5) ультразвуковое исследование сердца

58. ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПНЕВМОНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) хламидии
- 2) герпес
- 3) пневмококк
- 4) кишечная палочка
- 5) гемофильная палочка
- 6) стафилококк

59. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ХЛАМИДИОЗА ХАРАКТЕРНЫ ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1) желтуха
- 2) гнойный конъюнктивит
- 3) судороги
- 4) пневмония с постепенным началом и упорным кашлем

60. ХАРАКТЕРНЫМИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) менингит
- 2) отит
- 3) остеомиелит
- 4) абсцедирующая пневмония
- 5) некротический энтероколит и перитонит

61. НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ – ЭТО МАССА

- 1) менее 2750 г
- 2) менее 2500 г

- 3) менее 2000 г
- 4) менее 1750 г

62. В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) поздний антенатальный
- 2) интранатальный
- 3) ранний неонатальный
- 4) антенатальный
- 5) неонатальный
- 6) поздний неонатальный

63. ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В 1 МИНУТУ

- 1) 80 – 100
- 2) 110 – 140
- 3) 140 – 150

64. МАКСИМАЛЬНАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) на 2-е сутки
- 2) 3-4-е сутки
- 3) 5-7-е сутки

65. У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) гипогликемия и гипокальциемия
- 2) респираторный дистресс-синдром
- 3) синдром повышенной вязкости крови

66. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

- 1) гестационный возраст
- 2) гипероксия и ИВЛ в неонатальном периоде
- 3) низкая масса тела при рождении

67. НОРМАТИВЫ ПЛОЩАДИ ПАЛАТЫ НА ОДНОГО НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НА II ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 3 м²
- 2) 4 м²
- 3) 5 м²
- 4) 6 м²

68. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА

- 1) Ig M

- 2) Ig G
- 3) Ig A
- 4) Ig E

69. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ 10 С.Ж., НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 60 кал/кг
- 2) 90 – 100 кал/кг
- 3) 115 – 120 кал/кг

70. ЕСЛИ РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 3 БАЛЛА, ТО АСФИКСИЯ

- 1) легкая
- 2) среднетяжелая
- 3) тяжелая

71. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ В МИНУТУ

- 1) 20 – 30
- 2) 30 – 50
- 3) 50 – 60
- 4) 60 и более

72. НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ, В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ВВОДЯТ

- 1) адреналин
- 2) эуфиллин
- 3) налорфин
- 4) этимизол

73. ДЛЯ АКУШЕРСКОГО ПАРЕЗА РУКИ ТИПА ДЮШЕНА-ЭРБА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) гипертонус мышц руки
- 2) гипотония мышц руки
- 3) выраженный болевой синдром
- 4) повышение сухожильных рефлексов
- 5) снижение сухожильных рефлексов
- 6) ротация руки внутрь

74. К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ В ОРГАНИЗМЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИВОДЯТ

- 1) недостаточность белково-синтетической функции печени
- 2) нарушение функции тромбоцитов

- 3) гипокальциемия
- 4) недостаточное образование и поступление витамина К

75. ГБН ПО АВО СИСТЕМЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ, ЕСЛИ ГРУППА КРОВИ

- 1) матери О (I), ребенка А (II)
- 2) матери А (II), ребенка О (I)
- 3) матери О (I), ребенка В (III)
- 4) матери О(I), ребенка АВ (IV)
- 5) матери В(III), ребенка О(I)

76. ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОВОДЯТ В ОБЪЕМЕ

- 1) 50 мл/кг
- 2) 100 мл/кг
- 3) 100-120 мл/кг
- 4) 150-180 мл/кг

77. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) анальгетическую терапию
- 2) санацию дыхательных путей и оксигенацию
- 3) восстановление адекватной вентиляции легких
- 4) заместительную сурфактантную терапию
- 5) гормональную терапию
- 6) коррекцию гемодинамики и микроциркуляции

78. ПРИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хламидии
- 2) герпес
- 3) кишечная палочка
- 4) пневмококк
- 5) клебсиелла
- 6) стафилококк

79. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желтуха, анемия, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения
- 2) глухота, катаракта, врожденный порок сердца
- 3) пузыри на ладонях и стопах, спленомегалия
- 4) желтуха, гнойный конъюнктивит, пневмония

80. ДЛЯ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СЕПСИСА ХАРАКТЕРНО

- 1) выраженная интоксикация, шок

- 2) выраженный инфекционный токсикоз и отсутствие метастатических гнойных очагов
- 3) наличие гнойного очага и умеренного токсикоза
- 4) выраженный инфекционный токсикоз, несколько гнойных очагов

«КАРДИОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

- 1) отставание в физическом развитии
- 2) цианоз
- 3) одышечно- цианотические приступы
- 4) одышка
- 5) кашель с пенистой мокротой

2. ФОРМИРОВАНИЮ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» СПОСОБСТВУЕТ РЯД ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) муковисцидоз
- 2) хроническая пневмония
- 3) бронхиальная астма
- 4) недостаточность аортального клапана
- 5) первичная легочная гипертензия

3. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОМОГАЮЩЕЕ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ФИБРОЭЛАСТОЗА ЭНДОКАРДА

- 1) анализ крови
- 2) эхокардиография
- 3) анализ мочи
- 4) фонокардиография

4. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ ФИБРОЭЛАСТОЗА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

- 1) госпитализировать в кардиологическое отделение
- 2) назначить сердечные гликозиды
- 3) назначить гормоны
- 4) назначить антибиотики

5. ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

- 1) усиление 1 тона
- 2) щелчок открытия митрального клапана
- 3) систолический шум
- 4) уширение зубца Р на ЭКГ

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА УСЛОЖНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) фиброэластоза эндокарда
- 2) ревматизм
- 3) врожденные пороки сердца

4) коарктация аорты

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПРОВОДИТСЯ С РЯДОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) хронический тонзиллит
- 2) неревматический кардит
- 3) кардиомегалия
- 4) коарктация аорты

8. ВЫСОКИЙ И СКОРЫЙ ПУЛЬС ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) коарктация аорты
- 2) незаращение артериального протока
- 3) экстрасистолия
- 4) аортальная недостаточность

9. ХАРАКТЕРИСТИКА ШУМА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

- 1) пансистолический
- 2) систоло-диастолический
- 3) систолический ромбовидный (по данным ФКГ)
- 4) диастолический

10. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

- 1) повышение АД на руках
- 2) акцент 2 тона над легочной артерией
- 3) левограмма
- 4) ослабление пульсации сосудов стоп

11. ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) строфантин
- 2) эуфиллин
- 3) дигитоксин
- 4) лазикс

12. ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ РЯДЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) миокардит
- 2) констриктивный перикардит
- 3) врожденные пороки сердца
- 4) пневмония

13. К СИМПТОМАМ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) увеличение систолического показателя
- 2) урежения пульса
- 3) увеличение диуреза
- 4) уменьшение одышки

14. ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ РЯДОМ СИМПТОМОВ

- 1) мраморность рисунка кожи
- 2) сальность повышена
- 3) потоотделение повышено
- 4) аппетит повышен

15. УКАЗАННЫЕ ПАРАМЕТРЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О СОСТОЯНИИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ

- 1) R-R
- 2) QRS
- 3) Q-T
- 4) P-Q

16. ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБЦА P ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

- 1) высокий
- 2) уширенный
- 3) высокий и уширенный
- 4) отрицательный

17. ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОТКЛОНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- 1) удлинение интервала P-Q
- 2) увеличение интервала QRS
- 3) увеличение систолического показателя
- 4) повышение вольтажа зубца R в стандартных отведениях

18. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ

- 1) удлинение интервала P-Q
- 2) уширение комплекса QRS
- 3) отсутствие зубца P
- 4) выпадение отдельных сердечных циклов

1. СООТВЕТСТВИЕ ИНТЕРВАЛА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ПАУЗЫ СЕРДЦА

- 1) P-Q
- 2) QRS
- 3) Q-T
- 4) T-P

20. ХАРАКТЕРИСТИКА ШУМА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 2 СТЕПЕНИ?
- 1) пресистолический
 - 2) пансистолический
 - 3) систолический нарастающий
 - 4) систолический веретенообразный
21. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА
- 1) направить на консультацию к кардиоревматологу
 - 2) назначить лечение самостоятельно
 - 3) направить на госпитализацию
22. УКАЖИТЕ МЕСТО НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ
- 1) зона проекции митрального клапана
 - 2) верхушка сердца
 - 3) 2 межреберье справа от грудины
 - 4) 2 межреберье слева от грудины
23. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФИБРОЭЛАСТОЗА ЭНДОКАРДА КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ
- 1) кардиомегалия
 - 2) линзовидные ногти
 - 3) одышка
 - 4) тахикардия
24. ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
- 1) смещение левой границы сердца
 - 2) левограмма по данным ЭКГ
 - 3) систолический шум возникающий одновременно с 1 тоном
 - 4) максимальная громкость систолического шума на верхушке
25. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- 1) смещение верхушечного толчка влево
 - 2) систолический шум
 - 3) протодиастолический шум
 - 4) пляска каротид
26. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ
- 1) диастолический шум
 - 2) тахипноэ
 - 3) сердечный горб

4) систолический шум

27. МЕРЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА

- 1) санация очагов хронической инфекции
- 2) лечение гормонами
- 3) профилактика и лечение интеркуррентных заболеваний

28. ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1) суставной синдром
- 2) поражение глаз
- 3) утренняя скованность
- 4) эндокардит

29. ПРОСЛУШИВАНИЕ РИТМА «ПЕРЕПЕЛА» ХАРАКТЕРНО

- 1) митральная недостаточность
- 2) митральный стеноз
- 3) аортальная недостаточность
- 4) пролапс митрального клапана

30. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛАХ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) кордарон
- 2) аймалин
- 3) дифенин
- 4) дигоксин

31. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЯД ПРЕПАРАТОВ

- 1) строфантин
- 2) дигоксин в/в
- 3) лазикс
- 4) дигитоксин

32. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА С ЦИАНОЗОМ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) тетрада Фалло
- 3) транспозиция магистральных сосудов

33. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХОРЕИ

- 1) симптом Филатова
- 2) повышение мышечного тонуса
- 3) симптом Гордона

34. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ
- 1) стеноз устья легочной артерии
 - 2) гипертоническая болезнь
 - 3) коарктация аорты
35. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ НА ЭКГ
- 1) систолический показатель
 - 2) QRS
 - 3) P-Q
36. К СНИЖЕНИЮ ВОЛЬТАЖА ЗУБЦОВ ЭКГ ВЕДУТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- 1) спортивное сердце
 - 2) перикардит
 - 3) кардиомиопатия
37. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСА QRST
- 1) вольтаж снижен
 - 2) вольтаж высокий
 - 3) уширение начальной части
38. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) уширением комплекса QRS
 - 2) уширение зубца P
 - 3) удлинение интервала P-Q (ритм не нарушен)
39. О ГИПЕРТРОФИИ КАКОГО ОТДЕЛА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ ВОЛЬТАЖА ЗУБЦА P НА ЭКГ
- 1) правого предсердия
 - 2) левого предсердия
 - 3) левого желудочка
40. УСИЛЕНИЕ 3 ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТОНА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ РЯДЕ СОСТОЯНИЙ
- 1) миокардит
 - 2) недостаточность кровообращения
 - 3) митральный стеноз
41. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОБМОРОКЕ
- 1) мочегонные средства
 - 2) уложить и опустить головной конец кровати
 - 3) обеспечить свободное дыхание

42. ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) отставание в физическом развитии
- 2) одышно-цианотические признаки
- 3) кашель с пенистой мокротой

43. УКАЖИТЕ МЕСТО НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- 1) зона проекции митрального клапана
- 2) верхушка сердца
- 3) 2 межреберье справа от грудины
- 4) 2 межреберье слева от грудины

44. ФИБРОЭЛАСТОЗ ЭНДОКАРДА ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ

- 1) анализ крови
- 2) эхокардиография
- 3) фонокардиография

45. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) смещение левой границы сердца
- 2) левограмма по данным ЭКГ
- 3) систолический шум, возникающий одновременно с 1 тоном
- 4) ослабление 2 тона

46. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) смещение верхушечного толчка влево
- 2) систолический шум
- 3) протодиастолический шум
- 4) «пляска каротид»

47. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) тахипноэ
- 2) сердечный горб
- 3) диастолический шум
- 4) нарушение ритма

48. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВСД ПРОВОДИТЬСЯ С РЯДОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) хронический тонзиллит
- 2) коарктация аорты
- 3) кардиомиопатия

49. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) высыпания на коже лица в виде « бабочки»
- 2) «птичье» лицо
- 3) наличие волчаночных клеток в крови

50. ВЫСОКИЙ И СКОРЫЙ ПУЛЬС ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) коарктация аорты
- 2) незаращение артериального протока
- 3) аортальная недостаточность

51. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ НАЧАЛУ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- 1) ОРВИ
- 2) ангина
- 3) сепсис

52. В КЛИНИКЕ РАННЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ БЫСТРОЙ ДИГИТАЛИЗАЦИИ ИЗ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- 1) строфантин
- 2) дигоксин
- 3) изоланид в табл.

53. ХАРАКТЕРИСТИКА ШУМА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

- 1) пансистолический
- 2) диастолический
- 3) систолический ромбовидный

54. ВОЗНИКНОВЕНИЕ РИТМА «ПЕРЕПЕЛА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) митральная недостаточность
- 2) митральный стеноз
- 3) аортальная недостаточность

55. ДЛЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) одышка
- 2) сердечная астма
- 3) застойные явления в легких
- 4) увеличение печени

56. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЯД ПРЕПАРАТОВ

- 1) строфантин

- 2) дигоксин
- 3) дигитоксин

57. ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ РЯДЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) констриктивный кардит
- 2) миокардит
- 3) бронхиальная астма

58. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА С ЦИАНОЗОМ

- 1) тетрада Фалло
- 2) атриовентрикулярная коммуникация
- 3) дефект межпредсердной перегородки
- 4) атрезия трехстворчатого клапана

59. К СИМПТОМАМ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) урежение пульса
- 2) увеличение диуреза
- 3) увеличение систолического показателя

60. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) коарктация аорты
- 3) митральная недостаточность
- 4) стеноз устья легочной артерии

61. ТЕТРАДУ ФАЛЛО ХАРАКТЕРИЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) стеноз устья легочной артерии
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) стеноз аорты

62. РЯД ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОМОГАЮЩИХ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

- 1) состояние легочных полей на рентгенограмме
- 2) конфигурация тени сердца на рентгенограмме
- 3) эхокардиография

63. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

- 1) наличие у матери проф. вредностей

- 2) вирусные заболевания матери во 2 половине беременности
- 3) вирусные заболевания матери в 1 триместре

64. ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

- 1) повышение АД на верхних конечностях
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) склонность к заболеваниям органов дыхания

65. ДЛЯ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ХАРАКТЕРЕН ШУМ

- 1) диастолический на верхушке
- 2) пресистолический
- 3) систоло-диастолический на основании сердца

66. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) выраженный систолический шум
- 2) увеличение размеров сердца
- 3) тахикардия

67. ДЛЯ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) сердечный горб
- 2) одышка
- 3) тахикардия

68. ДЛЯ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) боль в области сердца
- 2) увеличение печени
- 3) обмороки

69. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) переполнение вен шеи
- 2) пастозность на голенях
- 3) увеличение диуреза

70. ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА

- 1) митральный стеноз
- 2) стеноз устья аорты
- 3) недостаточность митрального клапана

71. АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ ПУЛЬС ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) тяжелый кардит
- 2) перикардит
- 3) аортальная недостаточность

72. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) левограмма
- 2) ослабление первого тона
- 3) сужение ретростернального пространства

73. ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) митральный стеноз
- 2) митральная недостаточность
- 3) аортальный стеноз

74. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ УБЫВАЮЩИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) аортальный стеноз
- 2) митральная недостаточность
- 3) недостаточность аортального клапана

75. РАНО ПОЯВЛЯЮТСЯ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ ПРИ

- 1) аортальная недостаточность
- 2) аортальный стеноз
- 3) митральный стеноз

76. СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРОКА

- 1) транспозиция магистральных сосудов
- 2) митральный стеноз
- 3) функционирующий артериальный проток

77. В ЭТИОЛОГИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЭНДОКАРДИТОВ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩАЯ ФЛОРА

- 1) микобактерии туберкулеза
- 2) кишечная палочка
- 3) стрептококки

78. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) аймолин
- 2) новокаинамид
- 3) хинидин

79. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА, ВЕДУЩИЕ К ОБЕДНЕНИЮ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА

- 1) дефект межжелудочковой перегородки
- 2) тетрада Фалло
- 3) стеноз устья легочной артерии

80. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ

- 1) коарктация аорты
- 2) гломерулонефрит
- 3) ВСД по симпатотоническому типу
- 4) функционирующий артериальный проток

«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ВАЖНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ

- 1) вирус гриппа
- 2) клебсиелла
- 3) хеликобактерии
- 4) стафилококк
- 5) синегнойная палочка

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

- 1) дно желудка
- 2) тело желудка
- 3) пилорический отдел желудка
- 4) луковица 12-ти перстной кишки
- 5) постбульбарный отдел 12-ти перстной кишки

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

- 1) пенетрация
- 2) кровотечение
- 3) перфорация
- 4) перивисцерит
- 5) стеноз привратника

4. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРИЕМА ПИЩИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) 3-4 раза в день
- 2) 4-5 раз в день
- 3) 6-7 раз в день
- 4) свободный режим питания

5. ТИПЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) активный
- 2) холестатический
- 3) персистирующий
- 4) активный гепатит-цирроз

6. НЕОБХОДИМОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) гипербилирубинемией
- 3) гиперхолестеринемией
- 4) гиперфосфатаземией

5) гипергамма-глобулинемией

7. ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ

- 1) 1 мг/кг в сутки
- 2) 2 мг/кг в сутки
- 3) 5 мг/кг в сутки
- 4) 0.5 мг/кг в сутки

8. ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПЕЧЕНОЧНУЮ КОМУ
СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) нарастание прямого билирубина
- 2) нарастание активности АЛТ
- 3) снижение активности АЛТ
- 4) снижение уровня альбуминов
- 5) снижение уровня протромбина

9. ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) стойкий метеоризм
- 2) отвращение к жирной, сладкой пище
- 3) гиперсаливация
- 4) понос
- 5) снижение аппетита

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амилаза сыворотки крови
- 2) липаза сыворотки крови
- 3) изоамилаза сыворотки крови
- 4) трипсин сыворотки крови

11. СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) исследование ферментов в крови
- 2) исследование активности ферментов в моче
- 3) эхография поджелудочной железы
- 4) исследование панкреатического сока

12. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- 1) холецистит
- 2) аномалия развития желчного пузыря
- 3) холелитиаз
- 4) дисхолии

13. ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) выраженная эмоциональная лабильность
- 2) боли в животе
- 3) кардиалгии
- 4) головная боль
- 5) изжога

14. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЕГО СОКРАЩЕНИЕМ ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖЕЛЧЕГОННОГО ЗАВТРАКА НА

- 1) 55% первоначального объема
- 2) 40% первоначального объема
- 3) 85% первоначального объема

15. В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) вирусной инфекции
- 2) бактериальной инфекции
- 3) аутоиммунным реакциям
- 4) дисбактериозу кишечника
- 5) гельминтозам

16. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ НЯК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) учащение стула (7-10раз в сутки)
- 2) наличие крови в каловых массах при неизменном характере стула
- 3) наличие крови в каловых массах при патологическом характере стула

17. НАЛИЧИЕ КРОВИ В ИСПРАЖНЕНИЯХ ТРЕБУЮТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- 1) полипоз кишечника
- 2) портальная гипертензия
- 3) системные васкулиты
- 4) болезнь Крона
- 5) НЯК
- 6) язвенная болезнь 12-ти перстной кишки

18. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ НЯК СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) перфорация язвы
- 2) стриктура прямой кишки
- 3) перфузное кишечное кровотечение
- 4) желудочное кровотечение
- 5) токсическая дилатация толстого кишечника

19. ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ ПРИ НЯК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) резким падением АД
- 2) тахикардией
- 3) резким ухудшением общего состояния
- 4) усилением кишечного кровотечения
- 5) резкой болью в животе

20. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБИОТИКОВ ПРИ НЯК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) усиление кровотечения
- 2) учащение стула
- 3) появление в испражнениях слизи, гноя
- 4) септические осложнения
- 5) усиление болей в животе

21. ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) оральный
- 2) бытовой
- 3) вертикальный
- 4) инокуляционный

22. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, ЯВЛЯЮЩАЯСЯ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ»

- 1) 3 мес
- 2) 6 мес
- 3) 1 год
- 4) 2 года

23. ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЛЕДУЮЩАЯ

- 1) сезонность обострения
- 2) нивелирование клинических проявлений
- 3) торпидность течения
- 4) акцентуация личности
- 5) склонность к полиморбидности

24. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) кровотечение
- 2) пенетрация
- 3) перфорация
- 4) стеноз привратника
- 5) анемия

25. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГАСТРОДУОДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение из эрозий
- 2) рефлюкс-эзофагит
- 3) перивисцерит
- 4) дуоденогастральный рефлюкс

26. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТАЦИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) альмагель
- 2) фосфалюгель
- 3) де-нол
- 4) вентер
- 5) сода

27. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) иррадиацией болей в спину, левую лопатку
- 2) ослаблением болей в положении на спине
- 3) усилением болей при наклоне вперед
- 4) усилением болей в положении на боку с поджатыми к животу ногами

28. ВТОРИЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ОБУСЛОВЛЕН СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЧИНАМИ

- 1) гастродуоденит
- 2) недостаточность сфинктера Одди
- 3) холепатии
- 4) дискинезии ЖКТ
- 5) эпидемический паротит

29. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) резкая боль с иррадиацией в спину, поясницу
- 2) отвращение к пище
- 3) повторная рвота, не приносящая облегчения
- 4) повторная рвота, приносящая облегчение
- 5) упорное слюнотечение

30. ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОЛЕПАТИЕЙ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) аллохол
- 2) сульфат магнезии
- 3) оксафенамид
- 4) хологон
- 5) дехолин

31. НОРМАЛЬНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО СОКРАЩЕНИИ НА

- 1) 50% первоначального объема
- 2) 35% первоначального объема
- 3) 70% первоначального объема
- 4) 80% первоначального объема

32. ПРИ НЯК ПРОТИВПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ

- 1) творог
- 2) молоко
- 3) кефир
- 4) сливочное масло
- 5) сыры

33. ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ НЯК

- 1) 1мг/кг в сутки
- 2) 2мг/кг в сутки
- 3) 5мг/кг в сутки

34. БОЛИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) "двухволновые" боли
- 2) боли натощак
- 3) боли после еды
- 4) боли, усиливающиеся в горизонтальном положении
- 5) боли, усиливающиеся после приема жирной пищи

35. ВЕДУЩАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ

- 1) изолированный гастрит
- 2) изолированный дуоденит
- 3) гастродуоденит
- 4) язвенная болезнь желудка
- 5) язвенная болезнь 12-ти перстной кишки

36. ЖЕЛТУХА ОБЯЗАТЕЛЬНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1) хронический активный гепатит
- 2) цирроз печени
- 3) синдром Жильбера
- 4) гепатит с холестатическим синдромом

37. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипертрофия складок слизистой оболочки желудка и 12-ти перстной кишки

- 2) гиперсекреция натошак
- 3) антиперистальтика
- 4) спазм привратника
- 5) все указанное
- 6) ничего из указанного

38. В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР-ПИЛОРИ НАЗНАЧАЮТ

- 1) метацил
- 2) альмагель
- 3) де-нол
- 4) циметидин
- 5) гистодил

39. БОЛЬНЫМ ПРИ НЯК ЗАПРЕЩАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФРУКТЫ

- 1) малину
- 2) апельсин
- 3) яблоки
- 4) арбуз
- 5) виноград

40. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ХОЛЕПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) болями натошак
- 2) болями после еды
- 3) болями после физической нагрузки
- 4) "двухволновыми" болями

41. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ ГЕПАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) повышением активности АЛТ
- 2) гипербилирубинемией
- 3) гиперхолестеринемией
- 4) гиперфосфатаземией
- 5) гипергамма-глобулинемией

42. СТАДИЯ СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ ЦИРРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) доминирующие проявления симптомов портальной гипертензии
- 2) увеличение размеров плотности печени
- 3) исчезновением желтухи
- 4) интоксикацией

43. II СТАДИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) нарушение ориентации в месте и времени
- 2) нарушение словесного контакта
- 3) стереотипность ответов

- 4) адекватная реакция на боль
- 5) сонливость

44. ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) толщина стенки желчного пузыря более 2 мм
- 2) незначительная гетерогенность пузырного содержимого
- 3) наличие гипомоторной дискинезии
- 4) уплотнение стенок желчного пузыря

45. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ГАСТРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) усилением болей после приема желчегонных препаратов
- 2) боли во время еды
- 3) боли после еды
- 4) двухволновые боли
- 5) боли после физической нагрузки

46. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) боли в нижней трети грудины, мечевидного отростка
- 2) боли во время еды
- 3) боли натощак
- 4) боли, усиливающиеся в горизонтальном положении
- 5) боли, усиливающиеся при наклоне туловища

47. БОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) усилением боли во II половине дня
- 2) усилением болей во время еды
- 3) уменьшением интенсивности болей после дефекации
- 4) ослаблением болей в положении на спине

48. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НЯК СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) перфорация кишечных язв
- 2) токсическая дилатация толстой кишки
- 3) непрерывное течение тяжелого и средне-тяжелого колита
- 4) кишечное кровотечение
- 5) молниеносное течение НЯК

49. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) нарастающей тяжестью состояния
- 2) неукротимой рвотой
- 3) интенсивными упорными болями в животе
- 4) рвотой, приносящей облегчение

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) стеноз привратника
- 4) кровотечение

51. ОСЛОЖНЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- 1) постгепатитная гепатомегалия
- 2) цирроз печени
- 3) первичный рак печени
- 4) затяжной гепатит
- 5) острая печеночная энцефалопатия

52. КАКОЙ СИМПТОМ ОБЯЗАТЕЛЕН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

- 1) желтуха
- 2) носовые кровотечения
- 3) рвота
- 4) увеличение печени

53. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ХОЛЕРЕТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ
СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) аллохол
- 2) оксафенамид
- 3) сульфат магнезии
- 4) никодин
- 5) холензим

54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ФОРМА ПАНКРЕАТИТА У
ДЕТЕЙ

- 1) катаральная
- 2) геморрагическая
- 3) гнойная
- 4) панкреонекроз

55. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) приступообразные кратковременные боли в животе
- 2) постоянные ноющие боли в правом подреберье
- 3) связь болей с эмоциональным фактором
- 4) кратковременные выраженные диспептические явления

56. ИНФЕКЦИОННЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-
ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) энтеровирусы

- 2) клебсиеллы
- 3) геликобактерии
- 4) синегнойная палочка
- 5) эшерихии

57. ДИЕТОТЕРАПИЯ ЯБ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) строгое соблюдение щадящей диеты
- 2) индивидуальную диету
- 3) частое (6 раз) дробное питание
- 4) ограничение белка в диете
- 5) все указанное

58. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ОТНОШЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕР-ПИЛОРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пенициллин
- 2) гентамицин
- 3) трихопол
- 4) де-нол
- 5) салазопиридазин

59. ОСТРОЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) кровавая рвота
- 2) мелена
- 3) бледность кожных покровов
- 4) коллапс
- 5) гипертермия

60. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) сонливость с эмоциональными нарушениями
- 2) нарушение ориентации в месте и времени
- 3) нарушение словесного контакта

61. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ НВS ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) повышение активности Т-хелперов
- 2) снижение активности Т-супрессоров
- 3) недостаточность активности Т-хелперной субпопуляции лимфоцитов
- 4) снижение продукции иммуноглобулинов

62. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЦИРРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
СЛЕДУЮЩИМ

- 1) увеличение размеров печени

- 2) увеличение размеров плотности селезенки
- 3) выраженные проявления портальной гипертензии
- 4) печеночная кома

63. III СТАДИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) отсутствие адекватной реакции на боль
- 2) нарушение словесного контакта
- 3) спутанность сознания
- 4) уменьшение размеров печени
- 5) стереотипность характера возбуждения

64. СТАДИИ ХОЛЕЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) перенасыщенная желчь
- 2) молчащие (асимптомные) камни
- 3) желчекаменная болезнь с клиническими проявлениями

65. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
СЛЕДУЮЩИМ

- 1) боли после еды
- 2) боли натощак
- 3) "двухволновые" боли
- 4) усиление болей в положении на животе

66. ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) спать на животе
- 2) спать с высоким изголовьем
- 3) исключить резкие наклоны
- 4) исключить одежду, сдавливающую живот

67. БОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) выраженной интенсивностью
- 2) уменьшением в положении на боку с согнутыми коленями
- 3) усилением боли во время еды

68. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ НЯК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) наличием крови в стуле
- 2) метеоризм
- 3) выраженные деструктивные изменения слизистой оболочки

69. ДОСТОВЕРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) кальциноз тканей поджелудочной железы
- 2) стойкая гиперхолестеринемия

3) уплотнение капсулы поджелудочной железы

70. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

- 1) портальная гипертензия
- 2) НЯК
- 3) язвенная болезнь 12-ти перстной кишки
- 4) геморрагический гастрит

71. ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С НАЛИЧИЕМ HBS АНТИГЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ ДИСПАНСЕРНО

- 1) 1 год
- 2) 6 месяцев
- 3) наблюдение не проводится

72. НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) постоянная желтуха
- 2) прогрессирующая недостаточность печени
- 3) гепатомегалия

73. ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) "безболеное" начало
- 2) гиперсекреция желудочного сока
- 3) быстрая эпителизация язвенного дефекта

74. ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) пониженная секреторная функция желудка
- 2) дефицит альфа1-антитрипсина
- 3) назначение глюкокортикоидов

75. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИСХОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) утолщение стенок желчного пузыря более 2 мм
- 2) наличие пристеночного осадка
- 3) значительная гетерогенность содержимого желчного пузыря
- 4) все указанное

76. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) изжога
- 2) рвота, не приносящая облегчения
- 3) боли в животе натошак

77. ЧАСТОЕ ДРОБНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) стимуляции желудочной секреции
- 2) заживлению язвенного дефекта
- 3) снижение кислотообразования

78. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) отек ткани поджелудочной железы
- 2) некроз ткани поджелудочной железы
- 3) присоединение инфекции
- 4) развитие экзокринной недостаточности

79. ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) соляная кислота
- 2) гастрин
- 3) желчные кислоты

80. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) связь болей с приемом пищи
- 2) постоянные диспептические явления
- 3) острые приступообразные боли в животе с иррадиацией в плечо и лопатку

" АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ, ПУЛЬМОНОЛОГИЯ "

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЦЕЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

- 1) выявление нарушенного звена иммунной системы
- 2) прогноз течения заболевания
- 3) контроль за качеством лечения
- 4) обоснование иммунокорректирующей терапии

2. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ

- 1) А
- 2) G
- 3) М
- 4) Е

3. НЕПОСРЕДСТВЕННО ФОРМИРУЮТ ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ

- 1) В-лимфоциты
- 2) Т-лимфоциты
- 3) нейтрофилы
- 4) макрофаги

4. АНТИТЕЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иммуноглобулин А
- 2) иммуноглобулин Е
- 3) гаптоглобин
- 4) иммуноглобулин М

5. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гастроинтестинальная форма
- 2) аллергодерматозы
- 3) респираторная форма
- 4) нефротический синдром

6. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) зуд кожи
- 2) полиморфизм высыпаний
- 3) возрастная стадийность клинических симптомов

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛЕКАРСТВЕННУЮ АЛЛЕРГИЮ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) антигистаминные препараты
- 2) сульфаниламидные препараты
- 3) жаропонижающие препараты и анальгетики
- 4) антибиотики

8. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ОСНОВЕ

- 1) хронического аллергического воспаления бронхов
- 2) хронического бактериального воспаления бронхов
- 3) гиперреактивности бронхов
- 4) гипореактивности бронхов

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ

- 1) пищевая и лекарственная
- 2) бытовая, эпидермальная, грибковая
- 3) пылевая

10. АСПИРИНОВАЯ ТРИАДА – ЭТО

- 1) анафилактоидная чувствительность к нестероидным противовоспалительным препаратам
- 2) анафилактоидная чувствительность только к аспирину
- 3) приступы удушья
- 4) наличие полипов
- 5) наличие гайморита

11. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПЫ КУПИРУЮТСЯ

- 1) ингаляционными кортикостероидами
- 2) ингаляционными β_2 -агонистами короткого действия
- 3) ипотропиумом бромидом
- 4) теофиллином короткого действия

12. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) удушьем
- 2) экспираторной одышкой
- 3) инспираторной одышкой
- 4) цианозом губ, акроцианозом
- 5) влажным кашлем
- 6) участием вспомогательной мускулатуры
- 7) тахикардией

13. ПРОВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) легкого среднетяжелого течения
- 2) тяжелого течения
- 3) с доказанной аллергенной причиной
- 4) при малой эффективности фармакотерапии
- 5) при невозможности элиминировать причинно-значимые аллергены

14. ПУТЯМИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бронхогенный
- 2) гематогенный
- 3) лимфогенный
- 4) восходящий

15. ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) деструкция
- 2) абсцедирование
- 3) плеврит
- 4) пневмоторакс
- 5) пиопневмоторакс
- 6) острое легочное сердце
- 7) ДВС-синдром

16. В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО (ПРОСТОГО) БРОНХИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИГРАЕТ РОЛЬ

- 1) РС-вирус
- 2) микоплазма
- 3) вирус гриппа
- 4) вирус парагриппа
- 5) стафилококк
- 6) кишечная палочка

17. БРОНХИОЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ

- 1) первого года жизни
- 2) после 3-х лет
- 3) подросткового периода

18. БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повторные и рецидивирующие пневмонии
- 2) хроническая двухсторонняя пневмония
- 3) бронхиальная астма, рефрактерная к терапии
- 4) хронический бронхит
- 5) острые бронхиты

19. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) одышка
- 2) сухой кашель
- 3) увеличение окружности грудной клетки
- 4) влажные хрипы

- 5) крепитирующие хрипы, напоминающие «треск целлофана»
- 6) акроцианоз

20. ПО КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ХРОНИЧЕСКУЮ ПНЕВМОНИЮ С

- 1) деформацией бронхов
- 2) бронхоэктазами
- 3) обструктивным синдромом
- 4) плевритом

21. РЕАКЦИИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

- 1) Т-лимфоциты
- 2) В-лимфоциты
- 3) плазматические клетки
- 4) моноциты/макрофаги
- 5) дендритные клетки

22. ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) наличием специфических IgE к пищевым аллергенам
- 2) дозозависимым характером
- 3) усугублением реакции на фоне обострения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- 4) более частым формированием у невротизированных лиц

23. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) иммуноглобулины А,М, G
- 2) иммуноглобулин Е
- 3) реакция бласттрансформации лейкоцитов
- 4) реакция розеткообразования

24. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) кожные пробы с пищевыми аллергенами
- 2) определение уровня общего IgE в сыворотке крови
- 3) определение специфических антител к пищевым аллергенам

25. К ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Т-лимфоциты
- 2) В-лимфоциты
- 3) плазматические клетки
- 4) эритроциты

26. К ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- 1) профессиональный контакт с лекарствами

- 2) патология гепатобилиарной системы и кишечника
- 3) наследственная предрасположенность к атопии
- 4) заболевание почек

27. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

- 1) зуд кожи
- 2) наличие экзематозного и лихеноидного синдромов
- 3) высыпания в виде пятен и волдырей
- 4) артралгии

28. АТОПИЯ – ЭТО СПОСОБНОСТЬ ОРГАНИЗМА К ВЫРАБОТКЕ ПОВЫШЕННОГО КОЛИЧЕСТВА

- 1) IgE
- 2) IgM
- 3) IgG
- 4) IgA

29. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИСТУПАМИ

- 1) затрудненного дыхания
- 2) удушья
- 3) упорного спазматического кашля
- 4) афонии
- 5) инспираторной одышки

30. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кромогликат натрия
- 2) неодокомил натрия
- 3) ингаляционные кортикостероиды
- 4) оральные (системные) кортикостероиды
- 5) теофиллин пролонгированного действия
- 6) β_2 -агонисты пролонгированного действия

31. ПНЕВМОНИИ ПО ТИПУ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1) очаговые
- 2) односторонние
- 3) интерстициальные
- 4) крупозные
- 5) сегментарные

32. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженный эксикоз
- 2) сухой кашель

- 3) снижение объема циркулирующей крови
- 4) нарушение микроциркуляции
- 5) ДВС-синдром
- 6) гнойная интоксикация

33. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ОСТРОМ (ПРОСТОМ) БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) выраженная обструкция бронхов
- 2) дыхательная недостаточность I ст.
- 3) сухой кашель в начале заболевания
- 4) продуктивный кашель на 2-ой неделе болезни
- 5) крупно- и среднепузырчатые хрипы в обоих легких
- 6) асимметрия хрипов

34. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пероральный
- 2) внутримышечный
- 3) внутривенный
- 4) парентеральный

35. ДИАГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА БАЗИРУЕТСЯ НА НАЛИЧИИ

- 1) хронического бронхолегочного процесса
- 2) кишечного синдрома
- 3) случаев муковисцидоза у симбсов
- 4) положительного потового теста
- 5) макрогематурии
- 6) повышения АД

36. КОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НАЗНАЧАЮТ КАК СРЕДСТВО БОРЬБЫ С

- 1) шоком
- 2) отеком мозга
- 3) отеком легкого
- 4) ДВС-синдромом
- 5) нарушением микроциркуляции
- 6) кашлем

37. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) острое начало
- 2) начало на 7-8 день после ОРВИ
- 3) боль в боку
- 4) шадящее дыхание
- 5) мелкопузырчатые хрипы в начале заболевания
- 6) ослабленное дыхание

7) жесткое дыхание

38. ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ранний возраст
- 2) тубинтоксикация
- 3) частые ОРВИ
- 4) поздно начатое лечение острой пневмонии
- 5) успешное лечение деструктивной пневмонии
- 6) пороки развития легких и бронхов
- 7) некоторые наследственные заболевания
- 8) стрептококковая ангина

39. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) золотистый стафилококк
- 2) кишечная палочка
- 3) протей
- 4) гемофильная палочка
- 5) микоплазма
- 6) пневмококк
- 7) синегнойная палочка

40. В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИКОВ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) И-ацетилцистеин
- 2) щелочи в ингаляциях
- 3) карбоцистеин
- 4) амброксол
- 5) мукалтин
- 6) унитол

41. К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

- 1) тимус
- 2) костный мозг
- 3) пейеровы бляшки
- 4) селезенку
- 5) кровь

42. АНТИТЕЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) белки острой фазы
- 2) гликозаминогликаны
- 3) иммуноглобулин А
- 4) С-реактивный белок

43. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АНТИГЕНЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ЛИМФОЦИТАМИ

- 1) от тромбоцитов
- 2) от макрофагов
- 3) от плазматических клеток
- 4) от базофилов

44. К ФАКТОРАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) фагоцитоз
- 2) лизоцим
- 3) интерферон
- 4) лимфоциты

45. МЕХАНИЗМОМ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выработка антител к аллергену
- 2) повышенная выработка иммуноглобулина E
- 3) сенсibilизация лимфоцитов
- 4) усиленная выработка (либерация) гистамина без выработки антител

46. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И
КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) анализа кала на копрологию
- 2) анализа кала на кишечную группу
- 3) определения содержания IgE в периферической крови
- 4) ректороманоскопии

47. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ
АЛЛЕРГОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) супрастин
- 2) кетотифен, задитен
- 3) эуфиллин
- 4) вилозен

48. У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ (АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ)

- 1) себорейный дерматит
- 2) токсидермия
- 3) атопический дерматит
- 4) крапивница

49. СТАДИЯМИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иммунологическая
- 2) патохимическая

- 3) патофизиологическая
- 4) химическая
- 5) физиологическая

50. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) бронхоконстрикцией
- 2) гиперсекрецией слизи
- 3) гипосекрецией слизи
- 4) отеком стенки бронхов

51. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ

- 1) пищевая и лекарственная
- 2) бытовая, эпидермальная, грибковая
- 3) пылевая

52. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) оральные (системы) кортикостероиды
- 3) теофиллин пролонгированного действия
- 4) β_2 -агонисты пролонгированного действия
- 5) β_2 -агонисты короткого действия

53. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) острое легочное сердце
- 2) ДВС-синдром
- 3) инфекционно-токсический шок
- 4) гемолитико-уремический синдром

54. ПРИ ДЕФИЦИТЕ А-1 АНТИТРИПСИНА ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивирующий бронхит
- 2) бронхоэктазы
- 3) пневмосклероз
- 4) обструктивный бронхит
- 5) буллезная эмфизема легких

55. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ (БОЛЕЕ 2 НЕД.) ОДНОСТОРОННЕМ БРОНХИТЕ МОЖНО ДУМАТЬ О

- 1) инородном теле бронха
- 2) хронической аспирации пищи

- 3) пороке развития бронха
- 4) острым (простым) бронхите

56. ПЕРВИЧНАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ - ЭТО ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПРОТЕКАЮЩИЙ С

- 1) необратимыми морфологическими изменениями
- 2) рецидивами
- 3) отсутствием рецидивов
- 4) склонностью к прогрессированию

57. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1) внебольничные (домашние)
- 2) внутрибольничные
- 3) перинатальные
- 4) у лиц со сниженным иммунитетом
- 5) наследственные

58. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ БРОНХИОЛИТА ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) одышка до 70-90 дыханий в мин.
- 2) затруднение вдоха
- 3) затруднение выдоха
- 4) втяжение уступчивых мест грудной клетки
- 5) сухой кашель в начале заболевания
- 6) всегда признаки интоксикации
- 7) масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов

59. ПОКАЗАНИЯМИ К ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженная обструкция с нарушением отделения мокроты
- 2) стойкий гнойный эндобронхит
- 3) предоперационная подготовка
- 4) высокая лихорадка

60. ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

- 1) обструктивный
- 2) рестриктивный
- 3) смешанный

61. КОЖНЫЕ ТЕСТЫ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПРОВОДЯТСЯ НА

- 1) наружной поверхности предплечья
- 2) внутренней поверхности плеча
- 3) внутренней поверхности предплечья

4) спине

62. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ

- 1) генетические нарушения
- 2) недостаточность питания
- 3) рентгеновское облучение
- 4) хронические рецидивирующие инфекции

63. К ФАКТОРАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) система комплемента
- 2) простагландины
- 3) антитела
- 4) С-реактивный белок

64. ДЕФИЦИТ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) частых заболеваний вирусной этиологии
- 2) отставания в физическом развитии
- 3) грибковых заболеваний
- 4) частых заболеваний микробной этиологии

65. В ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УЧАСТВУЮТ

- 1) макрофаги
- 2) моноциты
- 3) тучные клетки
- 4) эритроциты
- 5) тромбоциты

66. МЕХАНИЗМ ИСТИННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

- 1) увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
- 2) повышенная выработка иммуноглобулина Е
- 3) сенсibilизация лимфоцитов
- 4) увеличенное выделение гистамина без выработки антител

67. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наследственная предрасположенность
- 2) снижение уровня секреторного иммуноглобулина А
- 3) патология органов желудочно-кишечного тракта

68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ КОЖНЫЕ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

- 1) себорейный дерматит
- 2) крапивница
- 3) токсидермия
- 4) атопический дерматит

69. ПОНЯТИЕ "ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ" ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- 1) аллергическую реакцию на пищевые продукты
 - 2) токсическое действие пищевых продуктов
 - 3) непереносимость пищевых продуктов
 - 4) либераторное действие пищевых продуктов
70. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
- 1) увеличение содержания общего IgE
 - 2) повышение уровня общего IgE и специфических IgE
 - 3) увеличенное содержание гистамина
 - 4) повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов
71. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ
- 1) при обструктивном бронхите
 - 2) при инородном теле
 - 3) при сердечной астме
 - 4) при всем перечисленном
72. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) развитием воспалительной реакции кожи на ограниченном участке
 - 2) полиморфными высыпаниями
 - 3) мономорфными высыпаниями
 - 4) развитием распространенного воспалительного процесса
73. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ
- 1) отсутствуют субъективные ощущения
 - 2) беспокоит сильный зуд
 - 3) наиболее часто очаги лехинизации локализуются в области лучезапястных суставов
 - 4) сухая кожа и шелушение
74. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) удушьем
 - 2) экспираторной одышкой
 - 3) инспираторной одышкой
 - 4) цианозом губ, акроцианозом
 - 5) влажным кашлем
75. ОСЛОЖНЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) острое легочное сердце
 - 2) хроническое легочное сердце

- 3) хроническая эмфизема легких
- 4) пневмосклероз
- 5) спонтанный пневмоторакс
- 6) пиопневмоторакс
- 7) подкожная эмфизема

76. ПУТЯМИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) внутрикожный
- 2) эндоназальный
- 3) ингаляционный
- 4) пероральный
- 5) сублингвальный

77. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ

- 1) одышки при физической нагрузке
- 2) одышки в покое
- 3) втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области

78. ПРИ УПОРНОМ БРОНХО-ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ, НЕ ПОДДАЮЩЕМУСЯ ЛЕЧЕНИЮ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1) порок развития бронхов
- 2) стойкий воспалительный очаг
- 3) привычную аспирацию пищи
- 4) пассивное курение
- 5) пневмонию

79. ПО КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ХРОНИЧЕСКУЮ ПНЕВМОНИЮ С

- 1) деформацией бронхов
- 2) бронхоэктазами
- 3) обструктивным синдромом
- 4) плевритом

80. АНТИБИОТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ ПОКАЗАНЫ

- 1) при обострении бронхолегочного процесса
- 2) на фоне ОРВИ
- 3) в период предоперационной подготовки
- 4) для профилактики обострений

«ГЕМАТОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. САМОЙ ДОЛГОЖИВУЩЕЙ КЛЕТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эритроцит
- 2) нейтрофил
- 3) тромбоцит
- 4) эозинофил

2. ГЕЛЬМИНТОЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЭОЗИНОФИЛИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) энтеробиоз
- 2) описторхоз
- 3) фасциолез
- 4) стронгилоидоз

3. ТРАНЗИТОРНАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ ВОЗМОЖНА

- 1) в продроме заболевания
- 2) в начале приступа
- 3) на высоте приступа
- 4) в постприступный

4. ЭОЗИНОФИЛИЯ СВЯЗАНА

- 1) с атопией
- 2) с гельминтозом
- 3) с иммунопатологическими заболеваниями
- 4) с острым периодом бактериального заболевания

5. ПРИЧИНАМИ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицит железа
- 2) нарушения порфиринового обмена
- 3) нарушение структуры цепей глобина
- 4) гемолиз

6. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМЫМИ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мясо
- 2) картофель
- 3) ягоды
- 4) яйца

7. ОСНОВНЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диафрагмальной грыжи
- 2) язвенной болезни
- 3) геморроя
- 4) полипа

8. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) анемия
- 2) изменения цвета мочи
- 3) признак тромбофилии
- 4) пурпура

9. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА МИКРОСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ

- 1) врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
- 2) усиление процессов перекисного окисления липидов
- 3) гиперспленизм
- 4) иммунные процессы

10. ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицита, снижения активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 2) пируваткиназы
- 3) ферментов системы глутатиона
- 4) ферментов мембраны эритроцитов

11. ФАКТОРАМИ, ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРИ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бактериальная инфекция
- 2) вакцинация
- 3) алиментарные факторы
- 4) вирусная инфекция

12. ЖАЛОБАМИ В ФИНАЛЕ ГЕМОБЛАСТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кровоточивость
- 2) видимые новообразования
- 3) гирсутизм
- 4) гнойно-воспалительны процессы

13. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) нейтропения абсолютная

- 2) увеличение молодых форм нейтрофилов
- 3) увеличение зрелых сегментоядерных нейтрофилов
- 4) лейкоэмическое зияние

14. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) увеличение лимфоузлов
- 2) гепатоспленомегалия
- 3) исхудание, дистрофия
- 4) пурпура

15. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА ГИСТИЦИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) специфические клетки в биоптате кожи
- 2) миелограмма
- 3) очаги остеолита на рентгенограммах плоских костей
- 4) характер кожных высыпаний

16. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ КСАНТОМАТОЗЕ ХЕНДА-ШЮЛЛЕРА-КРИСЧЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сахарная кривая
- 2) очаги остеолита на рентгенограммах плоских костей
- 3) экзофтальм
- 4) специфические клетки в пунктате костного мозга

17. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) тромбоцитопенической пурпуры
- 2) лейкоза острого, хронического
- 3) гемолитической анемии
- 4) лимфогранулематоза

18. ПРИЧИНАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) частые повторные заболевания
- 2) прививки
- 3) тяжелое заболевание
- 4) физическая нагрузка

19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ИММУНОБЛАСТНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ

- 1) нагноение
- 2) каменистое уплотнение вследствие склерозирования
- 3) симптомы воспаления (краснота, боль, отечность, припухлость)
- 4) увеличение лимфоузла

20. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для мраморной болезни
- 2) для цереброцидоза (болезнь Гоше)
- 3) для несфероцитарной гемолитической анемии
- 4) для гликогеноза 4 типа (Андерсена)

21. КЛЕТКОЙ НЕ КОСТНОМЗГОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нейтрофил
- 2) лимфоцит
- 3) эозинофил
- 4) базофил

22. АБСОЛЮТНАЯ НЕЙТРОПЕНИЯ НЕ СВЯЗАНА

- 1) с гиперопленизмом
- 2) с гипопродукцией
- 3) с иммунными процессами
- 4) с острой кровопотерей

23. ФАКТОРАМИ, ПОВЫШАЮЩИМИ СОЭ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение гематокрита
- 2) повышение вязкости крови
- 3) желтуха с холестаазом
- 4) белки острой фазы воспаления

24. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) алиментарные
- 2) неонатальные
- 3) кровопотери
- 4) гемолиз

25. ПРИ АНЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ КРУПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) риса
- 2) гречки
- 3) ячменя
- 4) манной

26. ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) витамины группы В
- 2) препарат железа
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) соляная кислота

27. КРОВОТЕЧЕНИЕМ, НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) легочное
- 2) носовое
- 3) маточные
- 4) желудочно-кишечные

28. ПРИ ТАЛАССЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) мишеневидные эритроциты
- 2) базофильная пунктация эритроцитов
- 3) снижение осмотической устойчивости эритроцитов
- 4) повышение осмотической устойчивости эритроцитов

29. ФАКТОРАМИ, УМЕНЬШАЮЩИМИ ВЫРАЖЕННОСТЬ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) интенсификация глюкуронирования
- 2) усиление процессов акцепции билирубина с альбумином
- 3) уменьшение подкожно-жировой клетчатки
- 4) усиление диуреза

30. О ГЕМОЛИЗЕ В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) полихроматофилия эритроцитов
- 2) наличие эритронормобластов
- 3) высокий цветной показатель
- 4) лимфоцитоз

31. ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спленэктомия
- 2) кортикостероиды
- 3) алиментарные факторы
- 4) гемосорбция

32. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение активности ферментов эритроцитов
- 2) гиперспленизм
- 3) структурный дефект белков мембраны эритроцитов
- 4) иммунные процессы

33. МИКРОАНГИОПАТИЧЕСКАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) при скрытой тромбофилии

- 2) при тромбофилии
- 3) при ДВС – синдроме
- 4) при тромбоваскулите

34. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ НЕОБХОДИМА

- 1) с гемолитической анемией
- 2) с гемобластозами
- 3) с инфекционным лимфоцитозом
- 4) с тромбоцитопенической пурпурой

35. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) госпитализация в специализированное отделение
- 2) госпитализация в соматическое отделение
- 3) амбулаторное лечение
- 4) консультация гематолога

36. ВОЗМОЖНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) температурной реакции с ознобом
- 2) слабости, потливости
- 3) желтухи с зудом
- 4) кровоточивости

37. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕТИКУЛЕЗАХ НАКОПЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) осмотр глазного дна
- 2) рентгенография костей
- 3) пункция костного мозга
- 4) фиброгастродуоденоскопия

38. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для лейкоза
- 2) для аденовирусной инфекции
- 3) для энтеровирусной инфекции
- 4) для ротавирусной инфекции

39. КРИТЕРИЯМИ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тромбофилический анамнез жизни
- 2) тромбофилический семейный анамнез
- 3) лабораторно выявленные отклонения гемостаза
- 4) осмотр ребенка

40. ФАГОЦИТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нейтрофил

- 2) макрофаг
- 3) моноцит
- 4) лимфоцит

41. К КРОТКОЖИВУЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) лимфоцитов
- 2) эозинофилов
- 3) тромбоцитов
- 4) нейтрофилов

42. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЛИМФОПЕНИЯ ВЫЯВЛЕНА (ДЕТИ 5 ЛЕТ)

- 1) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- 2) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50 %
- 3) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- 4) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

43. НЕОБХОДИМЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛИМФОСАРКОМУ, ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) биопсия лимфоузла
- 2) отпечатки и мазки из биоптата
- 3) рентгенография органов грудной клетки, средостения
- 4) спинномозговая пункция

44. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепатомегалия
- 2) укорочение продолжительности жизни эритроцитов
- 3) нарушение костномозгового кроветворения
- 4) гиперспленизм

45. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сниженный цветной показатель
- 2) анизо-пойкилоцитоз
- 3) нормобластоз
- 4) гипохромия эритроцитов

46. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) частые беременности
- 2) длительная предшествующая лактация
- 3) обильные менструации
- 4) злоупотребление алкоголем

47. ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ

1) аутоиммунных
2) несфероцитарных
3) сфероцитарных
4) микроангиопатических

48. СОСТОЯНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СНИЖЕННОЙ СОЭ
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) период новорожденности
- 2) эксикоз
- 3) анемия
- 4) «синие» пороки сердца

49. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) электроферетическое определение аномального гемоглобина
- 2) обнаружение нестабильного гемоглобина
- 3) выявление аномальных форм эритроцитов
- 4) иммунные нарушения

50. ПРИЧИНАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТЁННОЙ СКРЫТОЙ
ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) очаги хронической инфекции
- 2) множественные малые аномалии
- 3) атопия
- 4) остаточные явления перинатальной гипоксии

51. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАЛАССЕМИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) препарат железа
- 2) средства, улучшающие микроциркуляцию
- 3) десферал
- 4) кислород

52. ПРОВОКАТОРАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сульфаниламидные
- 2) противомаларийные
- 3) нитрофуриновые
- 4) пенициллины

53. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для диссеминированной очаговой гнойной инфекции кожи
- 2) для детской экземы
- 3) для склеродермии
- 4) для эритродермии, распространённого дерматита

54. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) субсепсиса Висслера-Фанкони
- 2) системной красной волчанки
- 3) ревматоидном артрите
- 4) склеродермии

55. СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ГИСТИОЦИТОЗА (болезни Латтерере-Сивн) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) высыпания на коже
- 3) гемолиз
- 4) зуд

56. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ НАКОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врождённая энзимопатия
- 2) хроническое воспаление
- 3) злокачественная пролиферация
- 4) приобретенная энзимопатия

57. АУТОИММУННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ

- 1) при системной красной волчанке
- 2) при ревматизме
- 3) при хроническом активном гепатите
- 4) при иммунодефицитных состояниях

58. АБСОЛЮТНАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ ВЫЯВЛЕНА

- 1) лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
- 2) лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
- 3) лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%
- 4) лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%

59. УВЕЛИЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ И БАЗОФИЛОВ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при остром лейкозе
- 2) при хроническом миелолейкозе
- 3) при бактериальной инфекции
- 4) при вирусной инфекции

60. ВЫСОКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ СВОЙСТВЕНЕН

- 1) инфекционному лимфоцитозу
- 2) инфекционному мононуклеозу
- 3) энтеровирусной инфекции
- 4) бактериальной инфекции

61. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до нормализации гемоглобина
- 2) до нормализации гемоглобина и ещё 3-4 недели
- 3) до нормализации сывороточного железа
- 4) в течение 2 недель

62. АБСОЛЮТНАЯ ЛИМФОПЕНИЯ ОБНАРУЖЕНА (ДЕТИ 5 ЛЕТ)

- 1) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- 2) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50 %
- 3) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- 4) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

63. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ЭОЗИНОФИЛИЯ

- 1) в предприступный период бронхиальной астмы
- 2) в начале приступа бронхиальной астмы
- 3) на высоте приступа бронхиальной астмы
- 4) в постприступный период бронхиальной астмы

64. У НОВОРОЖДЕННЫХ ОЧАГИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) при фетопатии
- 2) при гемолитической болезни
- 3) при так называемой «физиологической желтухе»
- 4) при кровопотере

65. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицит железа у беременной
- 2) нарушение трансплацентарного пассажа железа
- 3) недоношенность
- 4) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

66. ЛИМФОЦИТОЗ СВЯЗАН

- 1) с бактериальной инфекцией
- 2) с гематоонкологическим заболеванием
- 3) с вирусной инфекцией
- 4) с типом конституции

67. БИОХИМИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ, ВЫЯВЛЯЮЩИМИ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) определение трансферрина
- 2) определение сывороточного железа
- 3) определение сывороточного белка
- 4) определение ферритина

68. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ТРОМБОФИЛИИ ПРИ ВНУТРИСОСУДИСТОМ ГЕМОЛИЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) обилие обломков эритроцитов
 - 2) выделение эритрофосфатина, активирующего тромбоциты
 - 3) лейкоцитоз
 - 4) изменения гематокрита
69. ПРИ ГЕМОЛИЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ
- 1) лейкоцитоз
 - 2) нейтрофилёз
 - 3) левый сдвиг нейтрофилов
 - 4) нейтропения
70. ОСНОВНЫМИ ПРОВОКАТОРАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) инфекции
 - 2) лекарственные препараты
 - 3) алиментарных факторов
 - 4) иммунных процессов
71. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ АУТОИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) положительная проба Кумбса
 - 2) ретикулоцитоз
 - 3) положительная непрямая проба Кумбса
 - 4) определение сывороточных иммуноглобулинов
72. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ОТНОСЯТСЯ
- 1) анемия
 - 2) пурпура
 - 3) значительное увеличение лимфоузлов и селезёнки
 - 4) воспаление слизистых оболочек (рта, прямой кишки, гениталий)
73. ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СПОСОБСТВУЮТ
- 1) трепанобиопсии
 - 2) пункция костного мозга
 - 3) определение железа сыворотки
 - 4) определение СОЭ
74. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ионизирующей радиации, других мутагенов
- 2) вирусных
- 3) бактериальных
- 4) генетических

75. ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

- 1) средостение
- 2) периферические
- 3) затылочные
- 4) внутрибрюшные

76. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) артропатия
- 3) пурпура

77. ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) миеломная болезнь
- 2) моноцитарный лейкоз
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) сублейкемический миелоз (миелосклероз)

78. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИМФОСАРКОМЫ, ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плотное безболезненное новообразование лимфоузла
- 2) припухлость с признаками воспаления
- 3) регионарная лимфаденопатия
- 4) регионарный лимфаденит

79. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) тромбоцитопенической пурпуры
- 2) лейкоза острого, хронического
- 3) гемолитической анемии
- 4) лимфогранулематоза

«НЕФРОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОБЪЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ

- 1) 20-30 мл
- 2) 100 мл
- 3) 150 мл
- 4) 7 мл

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГОРМОНОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ВЛИЯЕТ

- 1) Инсулин
- 2) Альдостерон
- 3) Ангиотензин-2

3. ДЛЯ РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ

- 1) 1010-1020
- 2) 1009-1015
- 3) 1001-1003
- 4) 1002-1008

4. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) болей в животе неясной этиологии
- 2) стойкой лейкоцитурии
- 3) травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
- 4) острого периода гломерулонефрита

5. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) иммунокомплексным
- 2) неиммунным
- 3) микробно-воспалительным
- 4) инфекционным

6. НЕФРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 1 года
- 2) с 1 года до 7 лет
- 3) в пубертатном возрасте
- 4) в любом возрасте

7. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертензия
- 2) гематурия
- 3) протеинурия
- 4) все перечисленное

8. В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕЖИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1) постельным
- 2) палатным
- 3) общим
- 4) любым из перечисленных

9. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нефротическая форма гломерулонефрита
- 2) гематурическая форма гломерулонефрита
- 3) тубулоинтерстициальный нефрит
- 4) дизметаболическая нефропатия

10. У БОЛЬНОГО С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИ АНАСАРКЕ И УГРОЗЕ ОТЕКА ЛЕГКОГО, ИЗ ДИУРЕТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРИМЕНИТЬ

- 1) верошпирон
- 2) верошпирон в сочетании с гипотиазидом
- 3) лазикс
- 4) урегит

11. ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) обменных нарушений
- 2) вирусной инфекции
- 3) микозной инфекции
- 4) всего перечисленного

12. К МЕМБРАНОСТАБИЛИЗАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1) преднизолон
- 2) димефосфона
- 3) токоферола
- 4) азатиоприна

13. СООТНОШЕНИЕ АД ПРАВИЛЬНО

- 1) АД на руках и ногах одинаково
- 2) АД на руках выше, чем на ногах
- 3) АД на ногах выше, чем на руках, но не более 10-15мм.рт.ст.
- 4) АД на ногах выше, чем на руках на 20-30мм.рт.ст.

14. ЦИСТИТ НЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

- 1) двухстаканной пробой
- 2) цистоскопией
- 3) цистографией
- 4) экскреторной урографией

15. ДЕВОЧКА 2 ЛЕТ. ТЕМПЕРАТУРА 38,6° С, БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. МОЧА ВИЗУАЛЬНО МУТНАЯ. ВАША ТАКТИКА

- 1) исследование общего анализа крови
- 2) госпитализация
- 3) назначение лечения
- 4) консультация уролога

16. АНТИБИОТИКИ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
БАКТЕРИЦИДНО

- 1) аминогликозиды
- 2) пенициллин
- 3) цефалоспорины
- 4) фторхинолоны

17. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ

- 1) с тугоухостью
- 2) с врожденным пороком сердца
- 3) с глюкозурией
- 4) с пиелонефритом

18. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ, ПРИ ОКСАЛУРИИ ПОКАЗАНЫ

- 1) свеклы
- 2) мандаринов
- 3) картофеля
- 4) шоколада

19. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ У БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) хлорида магния
- 2) глюконата кальция
- 3) гидрокарбоната натрия
- 4) раствор глюкозы с инсулином

20. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) внутрисосудистым свертыванием крови
- 2) полиурией
- 3) цианозом

4) всем перечисленным

21. КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ У РЕБЕНКА ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛОГО В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1-й недели жизни
- 2) 5 лет
- 3) 6 месяцев
- 4) 10 лет

22. ПОЧКА ЭКСКРЕТИРУЕТ

- 1) альдостерон
- 2) катехоламины
- 3) ренин
- 4) андрогены

23. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ ОТРАЖАЕТ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

- 1) белковые фракции
- 2) серомукоид
- 3) С-реактивный белок
- 4) электролиты крови

24. РЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1) отдельную функцию почек
- 2) состояние функции канальцев почек
- 3) отсутствие функции почек
- 4) все перечисленное

25. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ

- 1) стрептококк
- 2) вирусы
- 3) белковые антигены (профилактические прививки)
- 4) все перечисленное

26. ДЛЯ НАЧАЛА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) температурная реакция
- 2) абдоминальный синдром
- 3) олигурия
- 4) катаральные явления

27. К ВЕДУЩИМ СИМПТОМАМ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) отечный синдром
- 2) абдоминальный синдром

- 3) протеинурия более 3г/л
- 4) олигурия

28. ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) олигоанурии
- 2) артериальной гипертензии
- 3) отечного синдрома
- 4) микропротеинурии

29. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

- 1) повышают содержание глюкозы в крови
- 2) увеличивают количество лимфоцитов в крови
- 3) увеличивают синтез белка
- 4) являются иммуностимуляторами

30. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериальным воспалением
- 2) абактериальным воспалением
- 3) аутоиммунным процессом
- 4) всем перечисленным

31. ОСТЕОПОРОЗ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТА

- 1) преднизолон
- 2) трентала
- 3) гепарина
- 4) лазикса

32. РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) для системной красной волчанки
- 2) для синдрома Вегенера
- 3) для узелкового периартериита
- 4) для иерсиниоза

33. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ РВОТА, ТЕМПЕРАТУРА 39,0 С. БЕСПОКОЕН, ЧАСТО МОЧИТСЯ. В МОЧЕ СЛЕДЫ БЕЛКА, ЭРИТРОЦИТЫ – 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ – ДО 80 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ

- 1) нефротический синдром
- 2) острый нефрит
- 3) пиелонефрит
- 4) хронический цистит

34. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНОМУ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- 1) на высоте активности процесса
- 2) при стихании процесса
- 3) при улучшении самочувствия
- 4) при нормализации температуры

35. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) острое начало болезни
- 2) умеренная, торпидная гематурия
- 3) умеренные отеки
- 4) выздоровление в подростковом периоде

36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

- 1) гидронефроз
- 2) удвоение собирательной системы почек
- 3) невроты
- 4) невротоподобные состояния

37. ПРЕПАРАТ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙ КОЛИЧЕСТВО ОКСАЛАТОВ В МОЧЕ

- 1) аспирин
- 2) делагил
- 3) витамин В6
- 4) аскорбиновая кислота

38. УГРОЖАЮЩИМ ДЛЯ ЖИЗНИ, ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение мочевины в крови
- 2) повышение креатинина в крови
- 3) гиперурикемия
- 4) гиперкалиемия

39. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) селективная почечная ангиография
- 2) урография
- 3) сцинтиграфия
- 4) УЗИ почек

40. ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ РЕБЕНКУ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

- 1) индоцин
- 2) преднизолон
- 3) пресоцил
- 4) делагил

41. КОЛИЧЕСТВО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА

- 1) три
- 2) четыре
- 3) одно
- 4) нет

42. В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ С МОЧОЙ

- 1) 1/3 объема выпитой жидкости
- 2) 2/3 объема выпитой жидкости
- 3) 1/6 объема выпитой жидкости
- 4) 1/4 объема выпитой жидкости

43. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РУКАХ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

- 1) с 3 лет
- 2) с 1 года
- 3) с периода новорожденности
- 4) в любом возрасте

44. СЦИНТИГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) отдельную функцию почек
- 2) топографию почек
- 3) размеры почек
- 4) все перечисленное

45. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) на 1-м году жизни
- 2) с 1 года до 2 лет
- 3) с 7 до 15 лет
- 4) после 2-3 лет

46. ГЕМАТУРИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 1 года
- 2) с 1 года до 7 лет
- 3) в пубертатном возрасте
- 4) в любом возрасте

47. ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отечный синдром
- 2) олигурия
- 3) выраженная протеинурия
- 4) гепатомегалия

48. БЕЛОК В ДИЕТЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ

- 1) при наличии отеков
- 2) при высокой протеинурии
- 3) при артериальной гипертензии
- 4) при микрогематурии

49. К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) метандростенолон
- 2) гидрокортизон
- 3) преднизолон
- 4) триамцинолон

50. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ

- 1) врожденные аномалии
- 2) наследственные факторы
- 3) приобретенные факторы
- 4) все перечисленное

51. ЛЕЧЕНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) диетотерапию
- 2) коррекцию обменных нарушений
- 3) назначение антиоксидантов
- 4) все перечисленное

52. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК РЕЖЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при склеродермии
- 2) при системной красной волчанке
- 3) при геморрагическом васкулите
- 4) при узелковом периартериите

53. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ МЕНЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) общий анализ мочи
- 2) анализ мочи на бактериурию
- 3) количественный анализ мочи
- 4) определение мочевины в крови

54. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) нарушение уродинамики
- 3) вирулентность микроба
- 4) иммунокомплексный процесс

55. У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ОРЗ ПОЯВИЛАСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) гломерулонефрит, гематурическая форма
- 2) гломерулонефрит, гематурическая форма, активная фаза. Гипертоническая энцефалопатия.
- 3) гломерулонефрит, смешанная форма
- 4) инфекционная почка

56. ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) боли в поясничной области
- 2) поллакиурия
- 3) дизурия
- 4) боли в надлобковой области

57. ПРИ НАРУШЕНИИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) аллопуринол
- 2) салицилаты
- 3) оротовая кислота
- 4) тиозидовые диуретики

58. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) экскреторная урография
- 2) УЗИ почек
- 3) ренальная ангиография
- 4) биопсия почек

59. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) артериальная гипертензия
- 2) гипергликемия
- 3) повышение уровня мочевины
- 4) полиурия

60. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ КАЛИЙЗАДЕРЖИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- 1) триампур
- 2) лазикс
- 3) гипотиазид
- 4) фунорит

61. В ПОНЯТИЕ НЕФРОН ВХОДИТ

- 1) клубочек и система канальцев

- 2) проксимальный и дистальный каналец
- 3) клубочек
- 4) проксимальный и дистальный каналцы, петля Генле

62. У РЕБЕНКА С ГЕМАТУРИЕЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ СЛЕДУЮЩИХ СИПТОМОВ

- 1) тугоухости
- 2) гематурии
- 3) патологии зрения
- 4) дисплазии тазобедренного сустава

63. ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о пиелонефрите
- 2) о тубуло-интерстициальном нефрите
- 3) о гломерулонефрите
- 4) о наследственном нефрите

64. ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) о нарушении обмена кальция
- 2) о нарушении обмена щавелевой кислоты
- 3) об атопическом дерматите
- 4) о нарушении обмена пуринов

65. ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гломерулонефрита при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 8 месяцев и более
- 2) латентно текущих нефропатий
- 3) подозрения на поликистоз
- 4) бессимптомной гематурии

66. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) на фоне респираторного заболевания
- 2) через 7-14 дней после респираторного заболевания
- 3) через два месяца после переохлаждения
- 4) через 30 дней после простуды

67. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ускоренная СОЭ
- 2) гиперфибриногенемия
- 3) макрогематурия

4) все перечисленное

68. ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) патогенетическим
- 2) этиотропным
- 3) симптоматическим
- 4) всем перечисленным

69. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНОМУ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) при постстрептококковом гломерулонефрите
- 2) на фоне глюкокортикоидной терапии
- 3) при иммуносупрессивной терапии
- 4) при поддерживающем, прерывистом курсе преднизолона

70. БОЛЬНОМУ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОКАЗАНА ДИЕТА

- 1) стол без соли и мяса
- 2) стол без соли с мясом
- 3) печеночный стол
- 4) стол без ограничений

71. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА С ПЕРВЫХ ДНЕЙ БОЛЕЗНИ

- 1) при нефротической
- 2) при гематурической
- 3) при смешанной
- 4) при всех формах

72. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) обмена пуринов
- 2) тубулярной функции почек
- 3) морфологии почечной ткани
- 4) количества билирубина в крови

73. ЛЕЙКОПЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при узелковом периартериите
- 2) при наследственном нефрите
- 3) при волчаночном нефрите
- 4) при дизметаболической нефропатии

74. ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ

- 1) для хронической почечной недостаточности
- 2) для воспаления мочевыводящих путей
- 3) для гломерулонефрита
- 4) для всех перечисленных

75. У РЕБЕНКА ПИЕЛОНЕФРИТ. БАКТЕРИУРИЯ – 100000 МИКРОБНЫХ ТЕЛ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ В 1 МЛ МОЧИ. С КАКОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ?

- 1) ампициллин с фурагином
- 2) сульфаниламидные препараты
- 3) 5-нок
- 4) оксациллин

76. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕФРИТЕ ПОКАЗАН СЛЕДУЮЩИЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ

- 1) преднизолон
- 2) витамин Е
- 3) витамин В6
- 4) бенфотиамин

77. КРИСТАЛЛЫ ФОСФАТОВ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ

- 1) рН – 8,0
- 2) рН – 5,0
- 3) рН – 5,5
- 4) рН – 6,5

78. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ДИЕТА

- 1) обогащенная белком
- 2) обезжиренная
- 3) голод
- 4) все перечисленное не рекомендуется

79. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ТИП АНЕМИИ

- 1) макроцитарная
- 2) нормохромная
- 3) микроцитарная
- 4) все перечисленные

80. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ В ОБЫЧНОЙ ДОЗИРОВКЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

- 1) эритромицин
- 2) лазикс

- 3) хлороцид
- 4) ампициллин

«ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ»

1. ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ОТМЕЧАЮТСЯ
 - 1) увеличение печени
 - 2) слабая иктеричность склер и кожи
 - 3) повышение активности АлАТ в сыворотке крови
 - 4) билирубинемия
 - 5) выявления в сыворотке крови анти-НАV IgM
 - 6) появление в моче желчных пигментов

2. ПОЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ГЕПАТИТЕ А
 - 1) тёмная моча боли в животе
 - 2) лихорадка
 - 3) увеличение печени
 - 4) желтуха

3. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГЕПАТИТА В ПРОТРОМБИНОВЫЙ ИНДЕКС
 - 1) снижается
 - 2) повышается

4. ПОЛНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ БОЛЬНОГО ГЕПАТИТОМ В ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ
 - 1) HBsAg
 - 2) анти-HBs
 - 3) анти-HBc Ig M

5. МАРКЕРАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕЛЬТА-ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) HBsAg
 - 2) анти-HBs
 - 3) анти-НАVIgM
 - 4) анти-дельта IgM
 - 5) анти-дельта IgG
 - 6) сог анти-HBc IgG

6. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) интоксикация в желтушном периоде
 - 2) желтуха
 - 3) катаральные явления
 - 4) гепатолиенальный синдром
 - 5) лимфаденопатия
 - 6) геморрагический синдром
 - 7) темная моча

7. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение сулемового титра
- 2) повышение активности щелочной фосфатазы
- 3) повышение активности АлАт
- 4) повышение тимоловой пробы
- 5) повышение конъюгированного билирубина

8. ПОЯВЛЕНИЕ ЗВЕЗДЧАТОЙ СЫПИ ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) образованием иммунных комплексов
- 2) бактериальными тромбами
- 3) повышением проницаемости сосудов

9. СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

- 1) мелкоточечная
- 2) везикулезная
- 3) пятнисто-папулезная

10. ТИПИЧНЫМИ ДЛЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи
- 2) мелкоточечная сыпь на неизменном фоне кожи
- 3) лихорадка
- 4) склерит
- 5) катаральные явления
- 6) пятнисто-папулезная сыпь

11. ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) прозрачный ликвор
- 2) мутный ликвор
- 3) высокий белок
- 4) нормальный белок
- 5) высокий цитоз
- 6) умеренный цитоз
- 7) нейтрофилез в ликворе
- 8) лимфоцитоз в ликворе
- 9) низкие цифры сахара

12. ДЛЯ ОРХИТА ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) увеличение размеров яичка
- 2) болезненность яичка
- 3) тек мошонки
- 4) иррадиация болей в паховую область

5) затрудненное мочеиспускание

13. ИЗМЕНЧИВОСТЬ АНТИГЕННОЙ СТРУКТУРЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВИРУСА ГРИППА

- 1) А
- 2) В
- 3) С

14. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА МЕТОДОМ ИФА В ЛАБОРАТОРИЮ СЛЕДУЕТ НАПРАВЛЯТЬ

- 1) фекалии
- 2) мочу
- 3) кровь
- 4) носоглоточную слизь

15. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек
- 2) только домашние животные
- 3) человек и домашние животные
- 4) водоплавающие птицы

16. РВОТА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ ФЛЕКСНЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) только в начале заболевания
- 2) не наблюдается

17. НЕЙРОТОКСИКОЗ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) в первые 6 мес жизни
- 2) от 6 мес до 2 лет
- 3) от 2 до 7 лет
- 4) от 7 до 14 лет
- 5) старше 14 лет

18. УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ, СООТВЕТСТВУЮЩУЮ СИМПТОМАМ

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| 1) сухие склеры | а) I степень |
| 2) сухие слизистые оболочки | б) II степень |
| 3) западание глазных яблок, родничков | в) III степень |

19. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРТИВОШОКОВЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ОКИ

- 1) 20% раствор глюкозы
- 2) 10% NaCl
- 3) Гемодез

- 4) Реополиглюкин
- 5) Альбумин

20. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ЗА 1-ЫЕ СУТКИ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ В %

- 1) до 1
- 2) 1-2
- 3) 2-3
- 4) 3-7
- 5) 7-10

21. ПРИ ТИПИЧНОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А В КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ

- 1) альбуминов
- 2) конъюгированного билирубина
- 3) сулемовой пробы
- 4) активности АлАт
- 5) мочевины
- 6) тимоловой пробы

22. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HBs
- 3) анти-HAVIgM
- 4) анти-дельта IgM
- 5) анти-дельта IgG
- 6) анти-HBc IgG

23. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ГЕПАТИТА В

- 1) возможна
- 2) невозможна

24. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ГЕПАТИТА В ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ

- 1) стойкий
- 2) нестойкий

25. КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) коинфекция
- 2) бессимптомное носительство
- 3) суперинфекция
- 4) острый гепатит D

26. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

- 1) боли в животе

- 2) лихорадка
- 3) гиперспленизм
- 4) асцит
- 5) тошнота, рвота
- 6) метеоризм
- 7) жидкий стул

27. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) общий анализ крови
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) холецистография
- 4) определение серологических маркеров гепатитов
- 5) анализ мочи
- 6) определение активности печеночно-клеточных ферментов
- 7) обзорная рентгенография органов брюшной полости

28. СЫПЬ У БОЛЬНОГО ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗОМ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-3 день болезни
- 2) на 5-7 день болезни
- 3) на 7-10 день болезни
- 4) на 10-14 день болезни

29. ЗАБОЛЕВАНИЕ

ХАРАКТЕР СЫПИ

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1) скарлатина | а) уртикарная |
| 2) ветряная оспа | б) геморрагическая |
| 3) корь | в) везикулезная |
| 4) менингококковая инфекция | г) мелкоточечная |
| | д) пятнисто-папулезная |

30. СТАДИИ РАЗВИТИЯ СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

- 1) корочка
- 2) везикула
- 3) пятно
- 4) папула

31. ДЛЯ КОРИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) мелкоточечная
- 2) пятнисто-папулезная
- 3) везикулезная

32. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) увеличение размеров железы

- 2) болезненность
- 3) гиперемия кожи
- 4) отсутствие гиперемии кожи
- 5) тестоватая консистенция
- 6) плотная консистенция
- 7) флюктуация

33. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лихорадка повторная рвота
- 2) головная боль
- 3) менингеальные знаки
- 4) гемипарез

34. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) пневмония
- 2) отит
- 3) орхит
- 4) синусит
- 5) панкреатит
- 6) круп

35. ДЛЯ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА ХАРАКТЕРНО

- 1) крайняя тяжесть и быстротечность заболевания
- 2) увеличение печени и селезенки
- 3) диарея
- 4) стеноз гортани
- 5) отек мозга

36. МЕСТНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ШИГЕЛЛЁЗАХ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) в тонком отделе кишечника
- 2) в толстой кишке
- 3) на всем протяжении желудочно-кишечного тракта

37. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек
- 2) только животные
- 3) человек и домашние животные

38. В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инвазия вирусов в энтероциты с развитием воспалительного процесса

- 2) гиперсекреция и нарушение всасывания воды эпителиоцитами кишечника
- 3) развитие дисахаридазной недостаточности

39. ВОДНЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ ПРИ

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) лептоспирозе
- 3) холере
- 4) сальмонеллёзе
- 5) кампилобактериозе
- 6) ботулизме

40. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ АД У ДЕТЕЙ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРИ ОКИ

- 1) снижение сосудистого тонуса
- 2) снижение сердечного выброса
- 3) низкое периферическое сопротивление
- 4) сердечная недостаточность
- 5) секвестрация крови на периферии

41. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТИПИЧНОГО ГЕПАТИТА А В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лихорадка
- 2) желтуха
- 3) гепатомегалия
- 4) увеличение сулемовой пробы
- 5) увеличение показателя АлАТ
- 6) боли в мышцах и суставах
- 7) диарея

42. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕПАТИТОМ А МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) бугристую поверхность
- 2) увеличение размеров
- 3) острый край
- 4) плотно-эластическую консистенцию
- 5) болезненность во всех отделах

43. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В МАРКИРУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HAVIgM
- 3) анти-дельта

- 4) анти-НВс IgG
- 5) анти-НВс IgM

44. ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желтуха
- 2) увеличение размеров печени
- 3) боли в животе
- 4) увеличение селезенки
- 5) телеангиоэктазии
- 6) астеновегетативный синдром

45. ИСХОДАМИ СУПЕРИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ДЕЛЬТА-ГЕПАТИТА БЫВАЮТ

- 1) хронический гепатит D
- 2) атрезия желчевыводящих путей
- 3) синдром Жильбера
- 4) развитие фульминантного гепатита

46. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анти-СМV
- 2) анти-НСV
- 3) анти-НВс IgM
- 4) анти-НАV IgM

47. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сосудистые звёздочки
- 2) пальмарная эритема
- 3) расширенная венозная сеть в области живота
- 4) судорожный синдром

48. ДЛЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) геморрагическая
- 2) везикулезная

49. ДЛЯ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ЗВЕЗДЧАТАЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ

- 1) характерна
- 2) не характерна

50. ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕР СЫПИ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1) брюшной тиф | а) обильная, розеолезно-петезиальная |
| 2) кишечный иерсиниоз | б) пятнисто-папулезная или
скарлатиноподобная |
| | в) необильная, типа розеол |

51. В КРОВИ БОЛЬНОГО ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕЙТРОФИЛЛЁЗ

- 1) отмечается
- 2) не отмечается

52. ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЁЗ

- 1) характерно
- 2) не характерно

53. ПРИ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГРИППА ГЕМОРРАИЧЕСКИЙ ОТЁК ЛЁГКИХ

- 1) возможен
- 2) невозможен

54. В ЛЕЧЕНИИ ГРИППА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) лейкоцитарный интерферон
- 2) римантадин per os
- 4) 0,05% раствор дезоксирибонуклеазы (капли в нос)
- 5) противогриппозный иммуноглобулин
- 6) преднизолон внутримышечно

55. В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инвазия шигелл в колоноциты и воспалительный процесс
- 2) развитие дисахаридазной (лактазной) недостаточности

56. БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

- 1) постоянные, ноющего характера
- 2) схваткообразные, усиливающиеся перед актом дефекации
- 3) появляются только после акта дефекации

57. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ 2-3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) падение массы тела
- 2) головная боль

58. СИНДРОМ НЕЙРОТОКСИКОЗА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) шигеллёзе холере
- 3) сальмонеллёзе
- 4) брюшном тифе

59. ПРИ КАКОЙ СТЕПЕНИ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) I

2) II

3) III

60. С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЧАСТОЙ РВОТЕ У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

- 1) инфузионная терапия
- 2) введение противорвотных средств (церукал и др.)
- 3) нейровегетативная блокада
- 4) промывание желудка
- 5) антибактериальная терапия

61. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТИПИЧНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение размеров печени
- 2) катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей
- 3) желтуха
- 4) наличие мелкоточечной сыпи, преимущественно на сгибательной поверхности конечностей и в естественных складках
- 5) асцит

62. ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРЕН

- 1) повышенный уровень сывороточных трансаминаз
- 2) нормальный уровень сывороточных трансаминаз

63. ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У

- 1) детей раннего возраста
- 2) беременных женщин
- 3) детей школьного возраста и подростков

64. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В

- 1) фекально-оральный
- 2) воздушно-капельный
- 3) парентеральный

65. В РАЗГАРЕ БОЛЕЗНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1) HBsAg
- 2) анти-HBc IgM
- 3) анти-HBs
- 4) HBeAg

66. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический активный гепатит

- 2) вирусный гепатит, затяжное течение
- 3) вирусный гепатит с синдромом холестаза
- 4) хронический аутоиммунный гепатит

67. МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение противовирусных препаратов
- 2) активная иммунизация
- 3) пассивная иммунизация
- 4) тестирование донорской крови на наличие анти-НСV

68. КОРЕВУЮ СЫПЬ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1) одномоментность высыпания
- 2) пятнисто-папулезный характер
- 3) гиперемизированный фон кожи
- 4) этапность высыпания
- 5) тенденция к слиянию элементов сыпи
- 6) геморрагическое пропитывание сыпи
- 7) пластинчатое шелушение

69. ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) скарлатина
- 2) корь
- 3) брюшной тиф

ХАРАКТЕР СЫПИ

- а) пятнисто-папулезная
- б) везикулярная
- в) мелкоточечная
- г) розеолезная
- д) анулярная

70. СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в течении нескольких дней, «толчкообразно»
- 2) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, в 3-й день болезни - на конечностях.

71. ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) миндалины
- 2) железистые структуры
- 3) лимфатические узлы

72. ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) верно
- 2) неверно

73. ВИРУС ГРИППА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ

- 1) реовирусов
- 2) пикорнавирусов
- 3) ортомиксовирусов

4) ретровирусов

74. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ГРИППА

- 1) головная боль
- 2) высокая лихорадка
- 3) увеличение печени
- 4) кашель
- 5) лимфаденопатия

75. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

- 1) жидкий, обильный, водянистый
- 2) скудный, с мутной слизью и прожилками крови

76. ТИП ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ

- 1) инвазивный
- 2) секреторный
- 3) осмотический

77. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ОКИ

- 1) воздушно-капельный
- 2) фекально-оральный
- 3) парентеральный

78. ДЕТИ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

- 1) ротавирусной инфекцией
- 2) сальмонеллёзом
- 3) ОКИ стафилококковой этиологии

79. ДЕТИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРАКТИЧЕСКИ НЕ БОЛЕЮТ

- 1) ротавирусной инфекцией
- 2) энтеропатогенным эшерихиозом
- 3) ботулизмом

80. ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) анатомо-физиологическими особенностям ЖКТ
- 2) значительным снижением титра материнских противоротавирусных антител
- 3) доминированием воздушно-капельного пути инфицирования

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Ответы к тестовым заданиям «Неонатология»

- 1 – 1
- 2 – 2
- 3 – 2
- 4 – 3
- 5 – 2
- 6 – 2
- 7 – 3
- 8 – 3
- 9 – 1
- 10 – 1
- 11 – 2
- 12 – 1
- 13 – 3
- 14 – 3
- 15 – 2
- 16 – 2, 3, 5
- 17 – 2, 3
- 18 – 1, 2, 5, 6
- 19 – 3
- 20 – 1, 3, 4, 5
- 21 – 1
- 22 – 3
- 23 – 1
- 24 – 4
- 25 – 2
- 26 – 3
- 27 – 4
- 28 – 2, 3
- 29 – 2
- 30 – 3
- 31 – 2
- 32 – 3
- 33 – 4
- 34 – 2
- 35 – 1
- 36 – 1, 2, 3
- 37 – 2
- 38 – 2
- 39 – 3
- 40 – 2, 3, 6

41 – 3
42 – 4
43 – 1
44 – 5
45 – 1, 2, 3
46 – 5
47 – 3
48 – 2
49 – 2
50 – 2
51 – 3
52 – 4
53 – 2
54 – 1, 4
55 – 2, 3, 4
56 – 1, 3, 4
57 – 1, 2, 3
58 – 3, 5, 6
59 – 2, 4
60 – 1, 3, 4
61 – 2
62 – 1,2,3
63 – 2
64 – 2
65 – 1, 3
66 – 1,2,3
67 – 4
68 – 3
69 – 3
70 – 3
71 – 2
72 – 3
73 – 2,5,6
74 – 1,4
75 – 1,3
76 – 4
77 – 2,3,4,6
78 – 3,5,6
79 – 1
80 – 4

Ответы к тестовым заданиям «Кардиология»

1. 1,2,3,4
2. 1,3,4,5
3. 2
4. 1
5. 1,2,4
6. 1,2,3
7. 1,2,4
8. 4
9. 3
10. 1,3,4
11. 1,2,4
12. 1,3,4
13. 2,3,4
14. 1,2,3
15. 4
16. 2
17. 1,2,3
18. 4
19. 4
20. 2
21. 1
22. 4
23. 1,3,4
24. 1,2,3
25. 1,3,4
26. 2,3,4
27. 1,3
28. 1,2,3
29. 2
30. 1,2,3
31. 1,2,3
32. 2,3
33. 1,3
34. 2,3
35. 1
36. 1,3
37. 2,3
38. 3
39. 1
40. 1,2
41. 2,3
42. 1,2

43. 4
44. 2
45. 1,2,3
46. 1,3,4
47. 1,2,4
48. 1,2
49. 1,3
50. 3
51. 2
52. 1
53. 3
54. 2
55. 1,2,3
56. 1,2
57. 2,3
58. 1,2,4
59. 1,2
60. 1,2,3
61. 1,2
62. 1,3
63. 1,3
64. 1,2
65. 3
66. 2,3
67. 2,3
68. 1,3
69. 1,2
70. 1
71. 1
72. 1,2
73. 1
74. 3
75. 1
76. 3
77. 2,3
78. 1,2
79. 2,3
80. 1,2,3

Ответы к тестовым заданиям «Гастроэнтерология»

1. 3
2. 4
3. 2
4. 2
5. 1,3,4
6. 1,2,3,4
7. 1
8. 1,3,4,5
9. 1,2,3,5
10. 3
11. 1,2,3
12. 1,2,3
13. 1,2,3,4
14. 3
15. 3
16. 1,3
17. 1,2,3,4,5
18. 1,2,3,5
19. 1,2,3,5
20. 4
21. 2,3,4
22. 2
23. 2,3,4,5
24. 1,2,3,4
25. 2
26. 1,2,3,4
27. 1
28. 1,2,3,4
29. 1,2,3,5
30. 3
31. 3
32. 1,2,4,5
33. 1
34. 3
35. 3
36. 2,3,4
37. 6
38. 3
39. 1,2,4,5
40. 3
41. 3
42. 1,3,4
43. 1,3,4,5
44. 2,3,4
45. 3
46. 1,2,4,5
47. 3
48. 2,3,4,5
49. 1,2,3
50. 4

51. 5
52. 4
53. 1,2,3,5
54. 2
55. 2,3,4
56. 3
57. 2
58. 5
59. 1,2,3,4
60. 1
61. 1,2,3
62. 3
63. 2,3,4,5
64. 1,2
65. 1,2,3
66. 2,3,4
67. 1,2
68. 1,2
69. 1,3
70. 3
71. 1
72. 1,3
73. 1,2
74. 2,3
75. 4
76. 1,3
77. 1
78. 1,2,4
79. 1,3
80. 1,2

Ответы к тестовым заданиям
«Аллергология и иммунология, пульмонология»

1. 1,2,3,4
2. 4
3. 1
4. 1,2,4
5. 1,2,3
6. 1,2,3
7. 2,3,4
8. 1, 3
9. 2
10. 1, 3,4
11. 2, 3, 4
12. 1, 2, 4, 6, 7
13. 1, 3, 4, 5
14. 1, 2, 3
15. 1, 2, 3, 4, 5
16. 1, 2, 3, 4
17. 1
18. 1, 2, 3, 4
19. 1, 2, 5, 6
20. 1, 2
21. 1
22. 2,3,4
23. 1
24. 1,2,3
25. 1,2,3
26. 1,2,3
27. 1,3,4
28. 1
29. 1, 2, 3
30. 1, 2, 3, 5, 6
31. 1, 3, 4, 5
32. 1, 3, 4, 5, 6
33. 3, 4, 5
34. 4
35. 1, 2, 3, 4
36. 1, 2, 3, 4, 5
37. 1, 3, 4, 5, 7
38. 1, 2, 4, 6, 7
39. 1, 2,3, 4, 5, 7
40. 1, 3, 4, 6
- 41.1,2

42. 3
43. 2
44. 1,2,3
45. 4
46. 1,2,3
47. 2
48. 2,3,4
49. 1, 2, 3
50. 1, 2, 4
51. 1
52. 1, 2, 3, 4
53. 1, 2, 3
54. 3, 5
55. 1, 2, 3
56.1, 2, 4
57. 1, 2, 3, 4
58. 1, 3, 4, 5, 7
59. 1, 2, 3
60. 3
61. 3
62. 1
63. 3
64. 1,2,3
65. 1,2,3,5
66. 1,2,3
67. 1,2,3
68. 2,3,4
69. 1
70. 2
71. 4
72. 2, 4
73. 2, 3, 4
74. 1, 2, 4
75. 1, 2, 3, 4, 5, 7
76. 1, 2, 4, 5
77. 1
78. 1, 2, 3, 4
79. 1, 2
80. 1, 2, 3

Ответы к тестовым заданиям «Гематология»

- 1- 4
- 2- 2,3,4
- 3- 4
- 4- 1,2,3
- 5- 1,2,3
- 6- 1,3,4
- 7- 1,2,4
- 8- 4
- 9- 1
- 10- 1,2,3
- 11- 1,2,4
- 12- 1,2,4
- 13- 1,2,4
- 14- 1,2,3
- 15- 3
- 16- 4
- 17- 2,3,4
- 18- 1,2,3
- 19- 4
- 20- 1,2,4
- 21- 2
- 22- 1,2,3
- 23- 1,2,4
- 24- 1,2,3
- 25- 2,3,4
- 26- 2
- 27- 1
- 28- 1,2,4
- 29- 1,2,3
- 30- 1,2,3
- 31- 1
- 32- 1
- 33- 3
- 34- 3
- 35- 1
- 36- 1,2,3
- 37- 1,2,3
- 38- 1,2,3
- 39- 1,2,3
- 40- 1,2,3
- 41- 1,2,3
- 42- 3

43- 1,2,3
44- 2
45- 1,2,4
46- 1,2,3
47- 1,2,4
48- 1,2,4
49- 1,2,3
50- 1,3,4
51- 1
52- 1,2,3
53- 1,2,4
54- 1,2,3
55- 1,2,3
56- 1
57- 1,3,4
58- 3
59- 2
60- 1,2,3
61- 2
62- 4
63- 4
64- 1,2,4
65- 1,2,3
66- 1,2,4
67- 1,2,4
68- 2
69- 1,2,3
70- 1,2,3
71- 1
72- 1,2,4
73- 1,2,3
74- 1,2,4
75- 1,2,4
76- 1
77- 2
78- 1
79- 2,3,4

Ответы к тестовым заданиям «Нефрология»

1. 1
2. 2, 3
3. 4
4. 1, 2, 3
5. 1
6. 2
7. 4
8. 1
9. 1
10. 4
11. 3
12. 1, 2, 3
13. 4
14. 4
15. 2
16. 4
17. 1
18. 3
19. 2, 3, 4
20. 1
21. 2
22. 3
23. 4
24. 4
25. 4
26. 3
27. 1, 3, 4
28. 1, 2, 3
29. 1
30. 2
31. 1
32. 1, 2, 3
33. 3
34. 2
35. 2
36. 4
37. 4
38. 4
39. 1
40. 2
41. 1
42. 2
43. 4
44. 4
45. 4
46. 2
47. 1, 2, 3
48. 1, 2, 3
49. 2, 3, 4
50. 4

- 51. 4
- 52. 1
- 53. 4
- 54. 2
- 55. 2
- 56. 2, 3, 4
- 57. 4
- 58. 3
- 59. 3
- 60. 1
- 61. 1
- 62. 1, 2, 3
- 63. 1
- 64. 4
- 65. 1, 2, 4
- 66. 2
- 67. 4
- 68. 4
- 69. 4
- 70. 1
- 71. 1
- 72. 1, 2, 3
- 73. 3
- 74. 2
- 75. 1
- 76. 1
- 77. 1
- 78. 4
- 79. 2
- 80. 4

Ответы к тестовым заданиям «Детские инфекции»

1. 3, 4
2. 3, 2, 4, 1, 5
3. 1
4. 2
5. 2, 3, 5
6. 1, 2, 4, 7
7. 3, 5
8. 2
9. 2
10. 2, 3, 4, 6
11. 1, 4, 6, 8
12. 1, 2, 3, 4
13. 1
14. 4
15. 1
16. 1
17. 2
18. I-2; II-1; III-3
19. 5
20. 3
21. 2, 4, 6
22. 3
23. 1
24. 1
25. 1, 3
26. 3, 4
27. 2, 4, 6
28. 1
29. 1-Г; 2-В; 3-Д; 4-Б
30. 3, 4, 2, 1
31. 2
32. 1, 2, 4, 5
33. 1, 2, 3, 4
34. 1, 2, 4, 6
35. 1, 4, 5
36. 2
37. 1
38. 3
39. 2, 9
40. 2
41. 2, 3, 5
42. 2, 4, 5

- 43. 1, 4, 5
- 44. 2, 4, 5, 6
- 45. 1, 4
- 46. 2
- 47. 1, 2, 3
- 48. 2
- 49. 1
- 50. 1-В; 2 – б
- 51. 2
- 52. 1
- 53. 1
- 54. 1, 2, 4
- 55. 1
- 56. 2
- 57. 1
- 58. 2, 4
- 59. 1
- 60. 4
- 61. 1, 3
- 62. 1
- 63. 2
- 64. 3
- 65. 1, 2, 4
- 66. 4
- 67. 4
- 68. 2, 4, 5
- 69. 1-В; 2-а; 3 –Г
- 70. 1
- 71. 2
- 72. 1
- 73. 3
- 74. 1, 2, 4
- 75. 2
- 76. 1
- 77. 2
- 78. 2
- 79. 3
- 80. 2, 3

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ГЕМАТОЛОГИЯ

АНЕМИИ

Задача №1

Мальчик 6-ти лет поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, тошноту, рвоты, боли в животе, возникшие на третий день заболевания ОРЗ, на фоне положительной динамики катаральных явлений.

В анамнезе: мать ребенка страдала анемией, по поводу которой перенесла спленэктомия в 14-летнем возрасте, с тех пор чувствует себя здоровой. У мальчика с 2-х лет периодически отмечалась анемия, не обследовался, не лечился. Рос и развивался по возрасту, получал прививки, болел не более 3-х раз в год, посещает д/сад.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый, капризный, температура 37,8. Кожа и слизистые оболочки бледные, желтушные. Желтушность склер. Отчетливы стигмы дизэмбриогенеза: седловидный нос, гипертелоризм, высокое нёбо, выступающие лобные бугры. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, пульс 26 уд. в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, но болезненный в правом подреберье, печень +1,5см из-под реберной дуги, селезенка +5см, плотная. Менингеальные симптомы отрицательные. Со стороны других органов и систем при осмотре патологии не выявлено. Стул и моча обычного цвета.

В анализе крови - нормохромная, гиперрегенераторная анемия, микроцитоз, нейтрофилез, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, сфероцитоз.

1. Поставить предполагаемый диагноз.
2. Назначить план обследования.

Задача №2

Ребенок, 5 месяцев, родился недоношенным на 8-м месяце гестации, с массой тела 2 кг, длиной тела 45см; находился на естественном вскармливании до 3-х месяцев, затем — искусственное вскармливание; прибавка массы тела достаточная, в настоящее время масса тела составляет 7500г, длина тела — 64см. Жалобы на легкую утомляемость, вялость, переворачивается на живот и с живота на спину с трудом, интересуется игрушками, но эмоции, бедные. Бледен, кожа суховатая, трещины на губах, сглажены сосочки языка. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, при нагрузке появляется нежный систолический шум, ЧСС—134 в 1 минуту. Живот несколько увеличен в размере, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка, по краю реберной дуги. Мочится достаточно, моча светлая, стул оформленный, жёлтый.

В анализе крови: Эр- $3,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ-100 г/л, ЦП —0,8; Л $5,0 \cdot 10^9/л$, Тр $220 \cdot 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час, Рт 3%0.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.

Задача №3

Девочка 10 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, повышение температуры до 39°, боли в животе, пояснице, рвоту, частые болезненные мочеиспускания.

В анамнезе: страдает вторичным пиелонефритом, на фоне удвоения левой почки, наблюдается урологом с 3-х летнего возраста. Обострения пиелонефрита перенесла в 4 года, в 7 и 9 лет. Периодически отмечается нарастание бледности, субиктеричность, ухудшения состояния, субфебрилитет, анализы мочи в это время без ухудшения. Настоящему ухудшению состояния предшествовала перенесенная 10 дней тому назад ангина (чем лечилась — неизвестно).

При поступлении состояние тяжелое: девочка бледная, под глазами «тени», температура тела нормальная, отчетливая желтушность кожи, слизистых оболочек и склер, повторная рвота. Девочка правильного телосложения, пониженной упитанности, психомоторно развита по возрасту. Тоны сердца приглушены, пульс 120 уд. в минуту, на верхушке и в точке Боткина систолический шум. Дыхание в легких — без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах, печень не пальпируется, селезенка +1 см из-под реберной дуги. Болезненность при поколачивании поясницы слева. Менингеальные симптомы отрицательные. Моча мутная, обычного цвета, стул не изменен. Мочеиспускания умеренно болезненные.

В анализе крови нормохромная анемия, ретикулоцитоз, макроцитоз, гиперлейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

1. Поставьте предварительный диагноз и сопутствующий диагноз.
2. Назначьте обследование.

Задача №4

Девочка 8 лет, поступила в отделение с жалобами на вялость, снижение аппетита, периодические боли в животе после еды, съедает медленно малые объемы пищи, бледность кожных покровов, состояние средней тяжести, вялая, плаксивая.

При осмотре: кожа бледная, сухая, шелушащаяся, тусклые ломкие волосы, ломкость ногтей, их поперечная исчерченность. Слизистые бледные, сосочки языка сглажены. ЧСС—100 в 1 минуту, левая граница сердца расширена на 1,5 см влево, правая — на 0,5—1 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, АД— 100/60 мм рт. ст. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Живот не увеличен в размере, печень +1,5 см, селезенка не увеличена. В эпигастрии болезненность при глубокой пальпации. Стул нормальный, дизурии нет, моча светлая.

В анализе крови - Эр $3,4 \times 10^{12}$ г/л, НЬ -90 г/л, ЦП 0,7, Л $4,5 \times 10^9$ г/л, СОЭ —12 мм/час.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительные обследования.

Задача №5

Мальчик, 5 лет, поступил с жалобами на кишечное кровотечение, возникшее внезапно, на фоне здоровья, болевой синдром выражен слабо. В анамнезе: с годовалого возраста периодически бывает черный стул без отчетливого болевого синдрома.

При осмотре: бледный, серый колорит кожи, сухость кожи, вялый. При нагрузке возникает одышка, тахикардия до 120 уд. в мин. Слизистые бледные, заеды в углах губ, сглаженность сосков языка. В области средней трети плеча — межмышечное эластичное образование размером 2х2 см, такое же образование в мягких тканях подлопаточной области справа и в верхней трети бедра справа. Живот несколько втянут, напряжение прямых мышц живота, безболезненный при пальпации. Печень - не увеличена. Со стороны органов грудной клетки без видимых изменений. Дизурии нет, моча светлая, стул темный, кашицевидный.

В анализе крови Эр- $3,5 \times 10^{12}/л$, НЬ-66 г/л, ЦП — 0,57, Тр — $250 \times 10^9/л$, в мазке крови - анизоцитоз гипохромия эритроцитов. Межмышечное «образование» на бедрах пунктировали, получили жидкую кровь.

1. Поставить предположительный диагноз: основной и сопутствующий.
2. Составить план обследования.

Задача №6

Ребенку 8 лет. Родился с весом 2800г в срок с пороками развития: 6 пальцев на левой руке, расщелина твердого неба, заячья губа (оперирован в возрасте 3-х лет). До 1 года рос и развивался удовлетворительно, хотя несколько отставал в весе — вес в 1 год 9200г, не болел. Со второго года жизни отстает в весе и росте, психомоторно развит по возрасту. С 6 лет появились носовые кровотечения, частые экхимозы на коже. В 8-летнем возрасте появилась постоянная бледность кожи, общая слабость, в течение последних 2-х месяцев участились носовые кровотечения, что послужило поводом для обследования.

Объективно: состояние средней тяжести, мальчик вялый. Вес 22кг, рост-104см, 6 пальцев; из левой руке, множественные кровоизлияния на коже и слизистой рта, бледность кожи, слизистых. Тоны сердца приглушены, пульс 116 уд. в мин. Печень, селезенка не увеличены. Со стороны других органов и систем при осмотре без видимых нарушений.

В анализе крови: нормохромная анемия, ретикулоциты отсутствуют, лейкопения, нейтропения с лимфоцитозом, тромбоцитопения,- ускоренная СОЭ.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.

Задача №7

Ребенку 10 лет. Поступил с жалобами на повышение температуры, кашель, одышку. Болен в течение 6 дней, отмечалась субфебрильная температура, ринит. В течение последних суток появился кашель, подъем температуры до 39, одышка, однократное носовое кровотечение. В анамнезе — склонность к носовым кровотечениям, к легкому появлению синяков. В течение последних 2-х месяцев замечена бледность, понижение аппетита.

Объективно: состояние тяжелое. Мальчик бледный, губы с синюшным оттенком, температура 38,6. Единичные экхимозы на коже туловища и конечностей, кровоизлияния на слизистой рта. Тоны сердца приглушены, пульс 124 уд. в мин., дыхание жесткое, справа в аксиллярной области ослаблено, здесь же выслушиваются крепитирующие хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. В остальном данные объективного осмотра без отклонений от нормы.

В анализе крови нормохромная анемия, лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, понижение числа ретикулоцитов до 0,1%, ускоренная СОЭ.

1. Поставьте предположительный диагноз, основной и сопутствующий диагноз.
2. Составьте план обследования.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА

Задача №8

Мальчик, 6 лет. Поступил с жалобами на частое появление синяков без видимых причин. В анамнезе жизни с 3-летнего возраста отмечаются носовые кровотечения во время интеркуррентных инфекций. Мальчик от 2-й нормально протекавшей беременности, роды, период новорожденности без особенностей, пупочная ранка зажила вовремя. До 1 года ничем не болел, привит по возрасту. В последующем переносит вирусные инфекции по 2-3 раза в год. Появление множественных синяков замечено в течение 3-4 месяцев.

Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное, самочувствие не нарушено. Мальчик средней упитанности, физически и психомоторно развит по возрасту. Кожа обычной окраски, на конечностях множественные экхимозы разной давности, единичные экхимозы на туловище, экхимоз на лице. На слизистой оболочке рта единичные мелкоточечные геморрагии. Слизистые обычной окраски, лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца отчетливые, пульс 100 уд/мин. Дыхание везикулярное, живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательны. Положительна проба «щипка». Физиологически е отправления не нарушены.

1. Определите тип кровоточивости.
2. Укажите предполагаемые диагнозы.

3. Назначьте дополнительное обследование.

Задача №9

Больной 12 лет поступил в Детскую больницу с жалобами на кровотечение из лунки удаленного зуба.

В анамнезе у мамы ребенка часто появляются мелкоточечные кровоизлияния на коже и «синяки» различной величины, обильные menses. Родился в срок от первой беременности, беременность протекала нормально, отмечалось послеродовое кровотечение. Рос и развивался нормально. В 1 год 10 мес. на фоне катаральных явлений появилось носовое кровотечение, в последующем носовые кровотечения стали повторяться, обильные останавливались только после тампонады.

После ушибов всегда появляются синяки, которые приобретают характер гематом. Ребёнок редко болеет, из детских инфекций перенёс корь. Накануне поступления в стационар был удалён зуб, после чего отмечается непрекращающееся кровотечение.

Состояние средней тяжести бледность кожных покровов температура нормальная, на коже синяки различной давности, лимфоузлы без особенностей. Со стороны легких и сердца патологий не выявлено, пульс 90 артериальное давление 105/70 мм. рт. ст. Зев чист, кровотечение из лунки удаленного зуба. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, стул обычной окраски.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование

Задача №10

Мальчик 12 лет поступил в стационар с жалобами на гипертермию, головную боль, боль в мышцах, ринит и возникшее на этом фоне носовое кровотечение. Родители считают себя здоровыми, проявлений повышенной кровоточивости в семье ни у кого нет. Беременность у матери (вторая по счету), роды, период новорожденности и развитие до года протекали без особенностей, ребенок не болел, получал все прививки по возрасту. После года по 3—4 раза ежегодно переносит ОРВИ, болел также однократно пневмонией, а также ветряной оспой и эпидпаротитом. Повышенной кровоточивости прежде у мальчика не отмечалось. Настоящее заболевание началось накануне. В семье болеют гриппом. У мальчика поднялась температура до 39, появились миалгии, головная боль, сегодня присоединился ринит, на фоне которого возникло носовое кровотечение. В течение последних суток получал лечение по назначению врача: обильное питье, аскорутин, аспирин, тавегил, бисептол.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 38,2°, кожа обычной окраски, на лице и коже груди участки необильной петехиальной сыпи. Слизистая зева умеренно гиперемирована, кровотечение из правого носового хода. Пальпируются единичные лимфоузлы передне-шейной и подчелюстной группы. Тоны сердца отчетливые, пульс 104 уд. в минуту. Дыхание жесткое.

Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены, моча, стул обычной окраски.

1. Поставьте основной и сопутствующий диагнозы.
2. Назначьте дополнительное обследование.

Задача №11

Девочка 5 лет поступила в стационар с жалобами на геморрагические высыпания на коже и носовые кровотечения. Неблагоприятными моментами анамнеза жизни являются проявления экссудативного диатеза в виде высыпания на коже с первого года жизни, частые респираторные заболевания: по 3— 1 5 раз в год в течение последних 2-х лет, аденоиды, обнаруженные при осмотре ЛОР-врачом 3 месяца тому назад. Проявлений повышенной кровоточивости ни у кого в семье и у ребенка в прошлом не отмечалось. Анамнез болезни: неделю тому назад девочка заболела ОРВИ, что проявлялось однократным подъемом температуры до 38,2, насморком, осиплостью голоса, покашливанием. Получала лечение бисептолом, тавегилом, домашними средствами. В течение 4-х дней перестала лихорадить, самочувствие улучшилось, но сохранялся ринит. На этом фоне накануне поступления мать девочки заметила единичные синяки на коже туловища и конечностей, на следующий день количество синяков увеличилось, возникло носовое кровотечение, которое было остановлено путем передней тампонады врачом скорой помощи и ребенок госпитализирован в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное, девочка активная, контактная, правильного телосложения, средней упитанности. Кожа, слизистые розовые, в носовых ходах кровяные корочки. На коже конечностей, туловища, а также на лице множественные экхимозы багрово-синюшного цвета, размером 0,5x0,5 см до 3см в диаметре. На лице, шее и коже груди имеются также участки петехиальной сыпи. Мелкие точечные кровоизлияния на слизистой оболочке рта. Температура 36,8°. Лимфоузлы шейной группы единичные мелкие, носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка зева разрыхлена, но не гиперемирована. Тоны сердца отчетливы, пульс 96 уд. в минуту, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные, физиологические отправления не нарушены, стул, моча обычной окраски.

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Назначьте обследование.

Задача №12

Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами на боли в животе, повышение температуры, жидкий стул, носовое кровотечение. В анамнезе жизни неблагоприятными моментами являются наличие хронического

тонзиллита, ангины и респираторные инфекции по 2—3 раза в год. У ребенка в школе контакт по жидкому стулу.

Семейный анамнез не отягощен. Настоящие жалобы появились 2 дня тому назад, кроме того, мать ребенка отмечает, что в течение последнего месяца у мальчика отмечается обилие синяков на конечностях и единичные — на туловище без отчетливой связи с травмой. Во время данного заболевания продолжают появляться единичные свежие синяки, а в день поступления — носовое кровотечение.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый, жалуется на боли в животе, тошноту, температура $37,5^{\circ}$. Телосложение правильное, физически развит по возрасту, средней упитанности. Кожа умеренно бледная, на конечностях и туловище множественные экхимозы разной давности, на лице и шее участки петехиальной сыпи, точечное кровоизлияние в склере левого глаза. Слизистые оболочки розовые, чистые. Во время осмотра незначительное носовое кровотечение, остановленное механическим прижатием. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, пульс ритмичный 82 уд. в мин., дыхание везикулярное. Живот мягкий, но болезненный при пальпации в нижних отделах, отмечается урчание, во время осмотра жидкий стул (третий раз за день) с зеленью и слизью. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте основной и сопутствующий диагнозы,
2. Назначьте обследование.

Задача №13

Больная 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, но чаще 2 раз в год отмечаются неинтенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций возрасте 12,5 лет стали отмечаться меноррагии. Родилась от 1 нормально протекающей беременности. Родители считают себя здоровыми. При подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовым кровотечением.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны, кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище. Встречаются петехии. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь, печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб 100 г/л, Эр. - $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, Ретик.- 2%, Тром. - $450 \cdot 10^9$ /л, Лейк. - $6,3 \cdot 10^9$ /л, П/я - 3%, С/я - 69% , эоз. - 2%, Лимф. - 13%, Мон. - 13%, СОЭ 12 мм/час

Время кровотечения по Дьюку – 6 мин 30 сек.

Время свертывания: по Бюркеру: начало – 2 мин., конец – 3 мин., по Ли-Уайту – 9 мин.

Ретракция кровяного сгустка: после 24 часов – резко ослаблена, индекс ретракции – 0,2

Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена, ристоцетин-агрегация – нормальная.

- 1) О какой группе заболеваний Вы подумали?
- 2) Какие клинические и лабораторные данные позволяют предположить именно данную патологию?
- 3) Какие аномалии тромбоцитов имеются при этом заболевании?
- 4) Какие диагностические тесты существуют для определения функциональной неполноценности тромбоцитов?

КОАГУЛОПАТИИ

Задача №14

Мальчик 9 лет поступил в стационар с жалобами на боль, припухлость и нарушение подвижности левого коленного сустава. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от II беременности, протекавшей без особенностей. Старшая сестра и родители мальчика считают себя здоровыми, дедушка по материнской линии страдал повышенной кровоточивостью и умер в молодом возрасте от инсульта. Родился ребенок в срок, с весом 3.500, период новорожденности, развитие до года — без особенностей, привит по возрасту. В годовалом возрасте после падения и ушиба отмечалась обширная гематома головы. Мальчик обследовался и лечился в стационаре, после чего ежегодно по 2—3 раза попадает в стационар с различными проявлениями кровоточивости: гемартрозы локтевых, коленных и голеностопных суставов, гематомы мягких тканей конечностей, кровотечение из прикушенной ранки языка. Предыдущее поступление в больницу — полгода тому назад в связи с гематомой мышц бедра после ушиба. Настоящему обострению предшествовало падение с велосипеда и ушиб коленного сустава накануне утром. Боль в суставе появилась и стала нарастать во время занятий в школе, мальчик госпитализирован скорой помощью, предыдущие выписные документы при поступлении отсутствуют. Со слов ребенка известно, что интеркуррентными инфекциями болел редко, посещал детский сад, в течение последнего года инфекциями не болел, в прошлом — перенес ветряную оспу.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик плаксивый из-за боли в ноге. Телосложение правильное, упитанность средняя, кожа, слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Отмечается умеренно выраженная деформация правого локтевого сустава, но ограничений подвижности нет. Левый коленный сустав увеличен в объеме, мягкие ткани над ним горячие на ощупь, отмечается резкая болезненность, ограничение подвижности, конечность полусогнута. Остальные суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не увеличены, катаральных явлений нет. Тоны сердца отчетливые,

пульс 90 уд. в мин. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены, физиологические отправления не нарушены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Окажите помощь.
3. Назначьте обследование, необходимое при поступлении.

Задача №15

Мальчик 12 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 38,6, боль и припухлость правого плеча, боль в горле при глотании. Из анамнеза жизни известно, что мальчик от I, нормально протекавшей беременности, семейный анамнез не отягощен. Родился в срок с весом 3.800, до года не болел. После года, начав посещать детские учреждения болел по 4—5 раз в год, переносил ОРВИ, ангины. С 6-летнего возраста наблюдается ЛОР-врачом по поводу хр. тонзиллита, перенес ветряную оспу, краснуху. В течение последних 4-х лет болеет значительно реже: по 1—2 раза в год. С 1,5 лет наблюдается гематологом в связи с появлением гемартрозов и гематом после ушибов. В возрасте 2-х лет диагностирована гемофилия А. Обострения переносит по 2—3 раза ежегодно в виде гематом, гемартрозов коленных и голеностопных суставов, кровотечения после удаления зуба, отмечались также желудочно-кишечное кровотечение и забрюшинная гематома после падения. 2 дня тому назад мальчик бегал с другими детьми на улице и при падении ушиб правую руку. Со вчерашнего дня отмечается боль в области плеча, нарастающая в динамике, припухлость, сегодня данные жалобы заметно выросли. Накануне вечером отмечался подъем температуры, появилась боль при глотании.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый. Кожа чистая, обычной окраски. Слизистая зева ярко гиперемирована, миндалины гипертрофированы II степени, покрыты массивными гнойными, налетами. Увеличенные и умеренно болезненные лимфоузлы подчелюстные и переднее - шейные. Отмечается небольшая пастозность лица. Мальчик правильного телосложения, коленные, голеностопные суставы несколько деформированы (по типу шаровидной деформации) безболезненные, функция их не нарушена. Правое плечо резко болезненно, значительно превышает в окружности левое, мягкие ткани резко болезненны, напряжены, припухлость распространяется практически на всем протяжении от плечевого до локтевого сустава. Подвижность правой руки вследствие этого ограничена. Температура 38,6. Тоны сердца умеренно приглушены, пульс 108 уд. в мин. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, моча нормальной окраски. Менингеальные симптомы отрицательные.

1. Поставьте основной и сопутствующий диагнозы.
2. Назначьте обследование.

Задача №16

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

Из анамнеза: с 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечается кровотечение из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушиба возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограниченность в них. Все выше перечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

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

Общий анализ крови: Нв 100г/л, Эр. – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Ретик. – 3%, Тромб. – $300 \cdot 10^9$ /л, Лейк. – $8,3 \cdot 10^9$ /л, П/я – 3%, С/я – 63%, Э – 3%, Л – 22%, М – 9%, СОЭ – 12 мм/час

Длительность кровотечения по Дьюку: 2мин 30сек

Время свертывания крови по Ли-Уайту: >15 мин

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии?

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Задача № 1

Мальчик Коля 12 лет поступил в ДРКБ с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту. Боль усиливается после приема пищи через 2 часа, чаще после соленой пищи. Болен около 6 месяцев, лечение не проводилось.

Состояние ребенка при поступлении: кожные покровы бледные, отстают в массе тела. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в эпигастриальной области средней линии живота, реже в области левого подреберья. Печень, селезенка не увеличены. Склонность к запорам.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие следует исключить заболевания?
3. Необходимые дополнительные исследования.
4. Лечебные мероприятия.

Задача № 2

Света К. 12 лет поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в животе, подложечной области в правом подреберье на протяжении 5 лет. В начале болевой синдром был слабо выражен, в последние 3 года стал более интенсивным. Боли чаще бывают натощак, а также в ночное время. После приема пищи боли прекращаются. Выраженные диспепсические явления – тошнота, изжога, реже – рвота. Режим питания соблюдает плохо, питается нерегулярно, часто нарушает диету. Бабушка по материнской линии страдает язвенной болезнью желудка.

Телосложение правильное, по росту соответствует возрасту, питание пониженное. Язык покрыт белым налетом. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области и правом подреберье. Положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены. Стул не регулярный, склонность к запорам.

При фракционном исследовании желудочного содержимого в тощакковой порции выявлено повышение общей кислотности и свободной соляной кислоты соответственно до 120 и 90 титрованных единиц. Данные рентгенологического исследования: в желудке натощак определяется значительное количество жидкости, слизистая его на всем протяжении складками, луковица 12-перстной кишки раздражена, деформирована, на задней ее стенке – ниша с воспалительным валом.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие необходимые дополнительные исследования?
3. Ваша врачебная тактика.

Задача № 3

Марина 10 лет поступила в ДРКБ с жалобами на постоянную боль в эпигастрии чаще после обеда, возникает тошнота, тяжесть в животе. Облегчение наступает после рвоты, похудела за время болезни. При осмотре: девочка пониженного питания. Бледность кожных покровов. Сор стороны органов грудной клетки патологии нет. Живот – при пальпации болезнен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень, селезенка не увеличен, стул неустойчив. В анализе периферической крови анемия, высокое СОЭ.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Врачебная тактика.

Задача № 4

Саша 14 лет поступил в ДРКБ с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу после физической нагрузке. Аппетит сохранен, со стороны органов грудной клетки изменений нет. Живот мягкий, болезнен в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены. R-грамма желудка – язвенная ниша с воспалительным валом. Рубцовая деформация контуров желудка с радикальной конвергенцией складок слизистой оболочки по направлению к нише.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования?
3. Ваша врачебная тактика.

Задача № 5

Мальчик 14 лет страдает хроническим гастродуоденитом с 9-летнего возраста. Наследственность отягощена: у бабушки по отцу и у отца язвенная болезнь. Дедушка умер от прободной язвы желудка. Ребенок наблюдается и лечится в поликлинике по месту жительства. За последний год наблюдается ухудшение состояния. Стал более раздражительным, сон беспокойный, появилась отчетливая сезонность обострений, мойнигановский ритм болей. Последние 2 недели беспокоят интенсивные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, поздние; иногда возникает рвота, без примесей крови.

При пальпации живота мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. Фиброгастродуоденоскопия: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. На слизистой

оболочке луковицы овальной формы дефект размером 1,5см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Укажите план терапии.

ХОЛЕПАТИИ

Задача №6

Девочка 9 лет поступила в клинику с жалобами на приступ резчайших болей в животе, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Ребенок живет в семье, где трое детей болели лямблиозным холециститом и регулярного лечения не получали. Страдает лямблиозным ангиохолециститом (холецистохолангитом) с трехлетнего возраста. В первый год болезни приступы возникали 2-3 раза в месяц и были настолько мучительными, что каждый раз думали о хирургическом заболевании. Через год острые приступы прекратились, но осталась почти постоянная ноющая боль. В последующие 6 лет сохранялись симптомы интоксикации: частая тошнота и головная боль, субфебрилитет, упорная анорексия, потливость, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, периодически отмечали проявления нейродермита в локтевых сгибах. При исследовании кала обнаружены цисты лямблий.

Объективно: отставание в физическом развитии, которое соответствует возрасту 6-7 лет. При пальпации живота: печень увеличена на 2см, резко выражены пузырьные симптомы.

1. Ваш предполагаемый диагноз и план обследования?
2. Ваши рекомендации по режиму, диете, лечению?
3. Укажите мероприятия диспансерного наблюдения.

Задача №7

Мальчик 7 лет поступил в клинику по поводу болей в животе, которые давали картину острого живота. Болен 2-й год. Сначала заболевание сопровождалось приступами острых болей, через год боль стала тупой и постоянной. Ребенок отстает в физическом развитии, капризен, раздражителен, с трудом встает утром с постели, плохо ест. Часто жалуется на боли в суставах, потливость, тупые и ноющие постоянные боли в правом подреберье.

Отмечается резистентность мышц при пальпации правого верхнего квадранта живота. Пузырные симптомы выражены отчетливо. При дуоденальном зондировании во всех порциях желчи обнаружены слизь, спущенный эпителий, лейкоциты и в большом количестве лямблии.

В анализе кала — цисты лямблий.

1. Ваш предварительный диагноз

2. План дополнительного обследования.
3. Ваши рекомендации больному при выписке из клиники.

Задача №8

Девочка 8 лет госпитализирована с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, тупые, ноющие, давящие, периодически усиливающиеся. Возникают через 1-1,5 ч после приема жирной пищи (жареная свинина, пирожные с кремом) или физических нагрузок. Боли длятся 1-2 ч. Девочка жалуется на слабость, быструю утомляемость, тошноту. При пальпации живота отмечена болезненность в области правого подреберья и увеличение печени. Положительны пузырьные симптомы. Длительность заболевания — 1 год.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите режим и диету, принципы медикаментозного лечения.

Задача №9

Мальчик 14 лет госпитализирован с жалобами на острые, приступообразные, режущие и колющие боли в животе, возникшие во время контрольной работы в школе. В прошлом отмечались подобные боли при приеме мороженого, холодных напитков и во время спортивных соревнований. Боли возникают после приема холодной пищи через 30 мин, локализуются в правом подреберье. Длительность болей обычно не превышает 5-15 мин. У подростка отмечена повышенная нервная возбудимость, лабильность вегетативной нервной системы. При пальпации живота — болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Лепине, Георгиевского, Глинчикова, Ляховицкого, Образцова и Ортнера) слабо положительные.

Длительность заболевания — около 6 мес. Подобные болевые приступы были и у матери.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Каков план дополнительного обследования?
3. Ваши рекомендации по диете?
4. Каковы принципы лечения?

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Задача №10

Мальчик 2 лет. В течение 6 мес. у ребенка разжиженный стул до 5-6 раз в сутки, со слизью, а последние 2 мес. в кале появились прожилки крови, редко сгустки, за последние 3 нед. Примесь крови в кале стала постоянной; беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура.

Ребенок доношенный, 1 ребенок в семье, на естественном вскармливании до 6 мес. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Об-но: рост – 85 см, вес – 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек. На коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС-116 в мин. Тоны звучные, систолический шум в 5 точке. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5 см; симптомы Мерфи, Кера положительны.

ОАК: Нв -96 г/л, Эр- $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, рет.-18%, тромб.- $330 \cdot 10^9$ /л, лейкоц.- $12,0 \cdot 10^9$ /л, п/я-7%, с/я-43%, э-5%, лимф.-36%, мон.-9%, СОЭ – 18 мм/ч.

ОАМ: плот.-1018, белок-отр, сахар-отр., лейкоц.-2-3 в п/зр., эрит.-нет.

Б/х анализ крови: общий белок – 68 г/л, АлАт-40 Ед/л, АсАт-36 Ед/л, ЩФ-162Ед/л, амилаза 45 Ед/л, Тим.проба – 3ед, о. билирубин-13мкм/л, Fe – 7мкм/л, ОЖСС -79 мкм/л, СРБ +++

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве. Резко положительная реакция Грегерсона, лейкоц.-12-15-30 в п/зр., эрит.- 30-40-50 в п/зр.

Колонофиброскопия: осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, лин. язвами до 0,6 см. Выражена контактная кровоточивость.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Оценить ОАК
3. Клинические особенности
4. Критерии тяжести заболевания
5. Осложнения данного заболевания

Задача №11

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение.

Об-но: Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1см.

ОАК: Нв -114 г/л, Эр- $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, тромб.- $330 \cdot 10^9$ /л, лейкоц.- $11,8 \cdot 10^9$ /л, п/я-14%, с/я-43%, э-2%, лимф.-23%, мон.-6%, СОЭ – 18 мм/ч.

ОАМ: плот.-1020, белок-отр, сахар-отр., лейкоц.-2-3 в п/зр., эрит.-нет.

Б/х анализ крови: о.белок – 56 г/л, АлАт-40 Ед/л, АсАт-36 Ед/л, ЩФ-162Ед/л, амилаза 54 Ед/л, Тим.проба – 4ед, о. билирубин-12мкм/л.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, темно-коричневого цвета, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, слизь-много; лейкоц.-12-15-30 в п/зр., эритроц.- 14-17 в п/зр.

Колонофиброскопия: осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде булыжной мостовой. Подвздошная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуются с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

Гистология: поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, клетки ПИРОГОВА-ЛАНГЕРГАНСА.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Алгоритм дифференциальной диагностики
3. Осложнения данного заболевания
4. Клинические особенности

Задача № 12

У девочки 7 лет периодически ухудшается стул - учащается до 3-5 раз в сутки, становится жидким с примесью слизи и крови. Нарушение стула сопровождается болями в животе. Впервые девочка заболела в три года. Лечилась в инфекционной больнице, где был поставлен диагноз – клиническая дизентерия, однако бактериологически диагноз не был подтвержден. Были проведены два курса антибактериальной терапии, ребенок выписан с улучшением. С тех пор стул неустойчивый, 2-3 раза в год отмечались обострения. Патогенных возбудителей из кала ни разу не высевалось. От антибиотиков улучшения не наступало. Родители здоровы.

Дед по отцовской линии умер в 65 лет от рака прямой кишки. Девочка пониженного питания, вялая, бледная. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень выступает на 3см ниже края реберной дуги.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Диагностические мероприятия.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Задача № 1

Девочка в возрасте 1 года 10 мес, доставлена в реанимационное отделение областной больницы из центральной районной больницы. В ЦРБ была госпитализирована с умеренно выраженной ОРВИ и кишечной дисфункцией. За 7 дней пребывания в стационар: состояние ребенка ухудшилось: фебрильная лихорадка, резкая слабость, участилась рвота. Девочка жадно пьет часто и обильно мочится, стул 1-2 раза в сутки, скудный, с зеленью. Несмотря на постоянную регидратационную терапию (5 % раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин), нарастают явления эксикоза. На день госпитализации определен сахар крови натощак — 50,3 ммоль/л (!). Ребенок был срочно доставлен в реанимационное отделение областной больницы.

При поступлении состояние расценено как прекоматозное, выраженный эксикоз. Сахар крови определен трижды: 68,3-69,7-70,1 ммоль/л. Реакция на ацетон в моче сомнительная (\pm). Концентрация натрия в плазме составила 180 ммоль/л, осмолярность плазмы — ММ) мосм/л, мочевины — 15,3 ммоль/л, холестерин — 16 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок — 0,99 г/л, лейкоциты — 10-15 в поле зрения, эритроциты — 3-5 в поле зрения, единичные зернистые цилиндры.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы принципы интенсивной терапии?

Задача № 2

Девочка 14 лет доставлена в стационар с жалобами на тошноту, многократную рвоту, боли в эпигастральной области, сильную жажду и полиурию, слабость, отказ от еды. Со слов матери больна третий день, стула не было. Состояние ухудшилось после детского праздника, где девочка ела много сладкого (виноград, бананы).

Из анамнеза известно, что в 3 года 6 мес девочка перенесла ОРВИ с фебрильными судорогами, до 7 лет получала фенобарбитал. С 11 лет наблюдается эндокринологом по поводу увеличения щитовидной железы II степени (эутиреоз). Последние 2 мес жаловалась на боли в эпигастрии натощак. Наследственность: у дяди сахарный диабет.

Объективно в приемном отделении: состояние очень тяжелое, в сознании, но заторможена. Слизистые сухие, глаза запали. Склеры инъецированы. Ригидность затылочных мышц. Одышка. Число дыханий 48 в 1 мин, дыхание глубокое и шумное. Пульс 120 уд/мин. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот болезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет.

При срочном лабораторном обследовании уровень сахара крови — 17.6 ммоль/л, ацетон мочи (+++).

Вопросы:

1. Какова причина неотложного состояния?
2. Ваш план срочного лабораторного обследования?
3. Какова схема неотложной помощи?

Задача № 3

Мальчик 8 лет болен сахарным диабетом четыре года. Заболевание протекает тяжело. Несколько раз экстренно был госпитализирован по поводу кетоацидоза. Получает инсулин пролонгированного действия (2 инъекции в сутки). Систематический контроль за уровнем сахара в крови и моче отсутствует.

Вечером ребенок вел себя довольно агрессивно, отказался от ужина. Ночью проснулся с чувством страха, беспокойства: замечен тремор рук, тризм челюстей; обильное потоотделение.

Вопросы:

1. Какова причина возникшего состояния?
2. Какова тактика ведения больного?

Задача № 4

Девочка 13 лет поступила в детское эндокринологическое отделение в состоянии декомпенсации сахарного диабета (сахар крови натощак — 14-15 ммоль/л, ацетон в моче). Декомпенсация отмечена после ОРВИ в течение 2 нед. Сахарный диабет выявлен около 5 лет назад. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетозу. В возрасте 11 лет девочке была проведена трансплантация β -клеток.

Ранние периоды развития — без особенностей. Наследственность отягощена: у обеих бабушек сахарный диабет II типа.

При поступлении состояние средней тяжести. Физическое развитие среднее. Кожа сухая, слизистые влажные. Слабый запах ацетона изо рта. Тоны сердца приглушены. Щитовидная железа увеличена до I—II степени. Дыхательная система — без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см.

Основные данные дополнительного обследования: гемоглобин — 157-132 г/л, лейкоциты — $4,3-5,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 18-20 мм/ч; протеинограмма без особенностей, холестерин — 5 ммоль/л, мочевины — 5.3 ммоль/л, креатинин — 0,038 ммоль/л. Анализ мочи: удельная плотность — 1020-1031, лейкоциты — 1-3 в поле зрения, эритроцитов нет, единичные гиалиновые цилиндры, белок — 0,066-0,99 г/л. Суточная протеинурия — 840 мг. По пробе на очищение по эндогенному креатинину клубочковая фильтрация — 188 мл/мин, канальцевая

реабсорбция — 99 %. СБИ (йод, связанный с белком) — 8,5 мкг%, антитела к щитовидной железе не обнаружены.

По данным тепловидения — признаки ангиопатии нижних конечностей, более выраженные справа. При неврологическом обследовании выявлено снижение поверхностной кожной чувствительности справа до уровня нижней трети голени, слева — до уровня голеностопного сустава

При осмотре глазного дна артерии сетчатки извиты.

УЗИ органов брюшной полости аномалий не выявило.

В клинике проведена коррекция инсулинотерапии с увеличением кратности инъекций инсулина с одной до двух, пересмотрена диета, назначен комплекс препаратов, улучшающих обменные процессы.

Вопросы:

1. О каких осложнениях сахарного диабета следует думать в данном случае?
2. Дайте рекомендации по их лечению.

Задача № 5

Девочка 10 лет поступила в клинику, доставлена скорой помощью. Больная заторможена, сознание спутанное, на вопросы отвечает односложно.

Кожа сухая, красно-розовой окраски на скуловых дугах, лбу, подбородке. Дыхание редкое, глубокое, мутное, в выдыхаемом воздухе запах ацетона. Тонус мышц снижен, температура тела нормальная, давление низкое, пульс ритмичный, малого наполнения. Живот мягкий, печень увеличена. Мочеиспускание учащенное.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Ваша тактика.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Задача №1

Больная 18 лет обратилась с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель. Чаще всего возникает по ночам, рано утром, а также днем при выходе на холод в сырую погоду. Больна в течение полутора месяцев, когда после перенесенной пневмонии, неадекватно леченной антибиотиками, сохранился малопродуктивный кашель. Принимала средства от кашля и отхаркивающие препараты без существенного эффекта. Не курит, с детства страдает атопическим дерматитом.

При осмотре: в легких жесткое дыхание, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом исследовании легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. В анализе крови выявлена эозинофилия (8%), в индуцированной мокроте выявлены скопления эозинофилов, бактериальная флора в умеренном количестве (представлена грамположительными кокками).

1. Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка - на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев: До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД -28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий,

безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет. *

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология данной формы заболевания?
3. Какие дополнительные исследования; проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
4. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка.

Задача №3

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 месяцев) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери экзема.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,70С, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД 32 в 1 мин. Слизистая зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС 88 уд\мин.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $4,8 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 51%, э - 8%, л - 28%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 120,0; прозрачность – полная, относительная плотность – 1,018, лейкоциты 2-3 в п.зр., эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды 2-3 степени.

Вопросы:

Ваш диагноз.

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Задача №4

Ребенок 7 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде 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 тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД -32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв - 115 г/л, Лейк - 18,6x10 /л, п/я - 10%, с -57%. э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие предшествующие заболевания способствовали развитию данной формы заболевания?
3. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
4. Каков прогноз?

Задача №5

Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля.

Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад, мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5°C. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6°C. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

Клинический анализ крови: Нв - 118 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ г/л, Лейк. - $10,8 \times 10^9$ г/л, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час.

На рентгенограмме грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, располагающиеся в области проекции правого легкого.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии внебольничных форм заболевания?
3. В каких клинических ситуациях проведение рентгенологического контроля за динамикой процесса обязательно?
4. Перечислите основные направления в лечении данного пациента.
5. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

Задача №6

Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, одышка, сухой навязчивый кашель. Месяц назад находился на стационарном лечении по поводу обструктивного бронхита.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит, частые бронхиты в анамнезе. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени.

При осмотре на вторые сутки от начала болезни: мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, в зеве - выраженные катаральные изменения. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненный. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. Частота дыхания 32 в минуту. Перкуторно: определяется легочный звук, с коробочным оттенком. Тоны сердца звучные, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 21%, э - 7%, л - 63%, м - 6%, б - 1%, СОЭ - 14 мм/час.

Обоснуйте предварительный диагноз.

Задача №7

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 средне-ключичной линии. Тоны

сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Но - 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.

Ваш диагноз?

Задача №8

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

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС ПО уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ г/л, Лейк. $4,9 \times 10^9$ г/л, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и пери-бронхиальных изменений.

Поставьте диагноз.

АЛЛЕГОЛОГИЯ

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

Задача №1

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка - на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание, сыпь. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев: До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлиннен. ЧД - 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Этиология данной формы заболевания?
3. Какие дополнительные исследования; проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
4. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка.

Задача №2

У мальчика Е., 3 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появилась уртикарная сыпь на лице, зуд и отек в области губ, жжение языка, боли в животе и расстройство стула.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах в естественных складках появилась после введения в пищу молочной смеси малютка. Позже после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой.

При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: Нв – 112г/л; Эр.- $3,2 \cdot 10^{12}$ г/л; Лейкоц. – $7,0 \cdot 10^9$ г/л; п – 5%, с-34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80).

Радиоаллергенный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 ЕД/л (норма – до 100 ЕД/л).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие Вы знаете препараты, действующие как стабилизаторы мембран при аллергическом воспалении.

Задача №3.

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950г., длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с

гипогалактией у матери. Вакцина БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Агу-1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4 месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «Нан», и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевааренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар. Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см. в диаметре, безболезненные, эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 114 уд. в мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3см. из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевааренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Нв 104 г/л; Эр – $3,5 \cdot 10^{12}$ г/л, Ц.п. – 0,8, Лейк – $11,2 \cdot 10^9$ г/л, п/я – 7%, с- 33%, э – 9%, л – 41%, м – 10%, СОЭ – 12% мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий-139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма 0,8-1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 8,1 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), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).

Вопросы:

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?
2. Ваш диагноз.
3. Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.
4. Какие смеси Вы рекомендуете в питание данному ребенку.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Задача №4

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка - на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на сыпь Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 2950 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев: До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Настоящее обострение возникло после употребления в пищу шоколадного батончика. У ребенка появился зуд и умеренный отек губ, сыпь по всему телу. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. Единичные высыпания на кожных покровах туловища и конечностей, на щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

(ИФА) Общий IgE 450 МЕ/мл

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология данной формы заболевания?
3. Какие дополнительные исследования; подтвердят данную форму заболевания?

4. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка.

Задача №5

У мальчика Е., 3 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появилась уртикарная сыпь на лице, зуд и отек в области губ, жжение языка, боли в животе и расстройство стула.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах в естественных складках появилась после введения в пищу молочной смеси малютка. Позже после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой.

При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык «географический». В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: Нв – 112г/л; Эр.- $3,2 \cdot 10^{12}$ г/л; Лейкоц. – $7,0 \cdot 10^9$ г/л; п – 5%, с-34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80).

Радиоаллергенный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 ЕД/л (норма – до 100 ЕД/л).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие Вы знаете препараты, действующие как стабилизаторы мембран при аллергическом воспалении.

Задача №6

Мальчик Б., 10 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3150г., длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 3 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцина БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Агу-1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с

образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4 месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «Нан», и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар. Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см. в диаметре, безболезненные, эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 114 уд. в мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3см. из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавшими комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Нв 104 г/л; Эр – $3,5 \cdot 10^{12}$ г/л, Ц.п. – 0,8, Лейк – $11,2 \cdot 10^9$ г/л, п/я – 7%, с- 33%, э – 9%, л – 41%, м – 10%, СОЭ – 12% мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий-139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма 0,8-1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 8,1 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), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).

Вопросы:

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом?

2. Ваш диагноз.
3. Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.
4. Какие смеси Вы рекомендуете в питание данному ребенку.

Задача №7

У мальчика К., 3,5 лет, после употребления сиропа от кашля, назначенного ребенку участковым педиатром появилась пятнисто папулезная сыпь по всему телу, зуд и отек в области губ, жжение языка, боли в животе и расстройство стула после того как мать дала ребенку диазолин зуд и отек губ немного стихли, сыпь на несколько часов исчезла затем вновь появилась.

Со слов матери у ребенка до настоящего заболевания аллергических реакций не наблюдалось. Из перенесенных заболеваний в анамнезе ОРЗ, ветрянка. Родители здоровы.

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Больной повышенного питания. Кожные покровы влажные, отмечается элементы пятнисто папулезной сыпи ярко-розового цвета, местами сливная на коже. Слизистая рта чистая, язык «географический», обложен белым налетом. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв – 112г/л; Эр.- $3,2 \cdot 10^{12}$ г/л; Лейкоц. – $7,0 \cdot 10^9$ г/л; п – 5%, с-34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Радиоаллергенный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 40 ЕД/л (норма – до 100 ЕД/л).

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Каков механизм данной аллергической реакции.
- 3.Тактика лечения.
- 4.Предположите причину возникновения данного состояния.

КАРДИОЛОГИЯ

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Задача №1

Больной поступил в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, отдышку при физической нагрузке.

В возрасте 6 месяцев (случайно) при профилактическом осмотре впервые был выслушан систолический шум и заподозрен порок сердца.

Объективно: состояние средней тяжести, физическое развитие среднее. Ходит, держась за руку, масса тела 9100г. Кожа бледная, цианоза нет. Пульс 128 уд/мин, ритмичный, хорошо определяется на руках и на ногах. Грудная клетка не деформирована. Во II-III межреберье слева от грудины пальпируется систолическое дрожание. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тон II на легочной артерии не акцентуирован. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум с максимумом звучания во II межреберья слева. Число дыханий 32-38 в 1 минуту. Печень выступает из-под края дуги на 2 см.

На ЭКГ - отклонение ЭОС вправо (правограмма). Частичная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки перегрузки правого желудочка. На ФКГ в 2ЛС II тон расщеплен с уменьшением амплитуды пульмонального компонента. Высокочастотный систолический шум ромбовидной формы. Рентгенологическое исследование – легочный рисунок обеднен. Выбухает дуга легочного ствола, признаки умеренного увеличения правого желудочка.

1. Предварительный диагноз

Задача №2

Больной поступил в отделение кардиологии по поводу выраженной отдышки, отеков на ногах. Ребенок во второй беременности, протекавшей с токсикозом, и вторых родов. Родился в срок с массой тела 3000г, длиной 50 см. Со второго дня жизни появилась отдышка, тахикардия, выслушивался в области сердца систолический шум. В возрасте 3 недель кардиологом поликлиники было выявлено отсутствие пульса на ногах, повышение систолического артериального давления на руках до 160-180 мм. рт.ст.; на ногах артериальное давление не определялось. Одышка – 60-80 дыханий в 1 минуту, тахикардия, увеличение печени, пастозность ног. При дальнейшем наблюдении за ребенком артериальная гипертензия на руках стойко держалась: периодически давление поднималось до

200-220 мм рт. ст. На ногах максимальное артериальное давление составляло 30-40 мм рт. ст., пульс не пальпировался. В 5 месяцев в тяжелом состоянии ребенок был госпитализирован.

Физическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7800 г. Кожа бледная. Пульс хорошо определяется на руках (140-160 уд./мин), на бедренных артериях - не определяется. Верхушечный толчок усилен, разлитой. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны отчетливы. Вдоль левого края грудины выслушивается короткий, не интенсивный систолический шум, который очень хорошо выслушивается на спине в межлопаточном пространстве. Одышка – 60 дыханий в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, небольшое количество сухих хрипов. Печень увеличена.

Артериальное давление на руках- 200-220мм рт. ст. ЭКГ- признаки гипертрофии обоих желудочков с систолической нагрузкой левого. Рентгенография – сосудистый рисунок не резко усилен. Сердце очень больших размеров за счет гипертрофии обоих желудочков.

1. Предварительный диагноз.

Задача №3

Ребенок 3 лет жалобы на постоянное (с первых дней жизни) синюшное окрашивание кожных покровов, одышку в покое и периодически наступающие одышечно-цианотические приступы с присаживанием на корточки.

Отстает в физическом развитии от сверстников. Кожные покровы цианотичны. Цианоз наиболее отчетливо выражен в области кончика носа, ушных раковин, кистей и стоп. Видимые слизистые имеют темно-синюю окраску. Фаланги пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, ногти имеют форму часовых стекол. Мышцы развиты слабо. Грудная клетка деформирована, имеет сердечный горб. Верхушечный толчок слабо выражен, отмечается пульсация эпигастральной области. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см правее от края грудины, левая на 1 см снаружи от среднеключичной линии, верхняя по 2 ребру. При пальпации области сердца вдоль левого края грудины ощущается систолическое дрожание. Над всей сердечной областью прослушивается грубый систолический шум, который проводится за ее пределы, 2 тон над легочной артерией ослаблен. АД 95\45 мм.рт.ст.

ЭКГ: отклонение электрической оси сердца вправо, выражены признаки гипертрофии правого желудочка, предсердный зубец высокий и заострен.

На R-грамме органов грудной клетки: тень сердца имеет форму «башмака», легочный рисунок обеднен.

Анализ крови: Нв-180 г/л, эр-6,0*10¹⁰/л, лейкоц-5,2*10⁹/л, СОЭ-5мм/ч.

1. Клинический диагноз.
2. Какие клинические симптомы говорят в пользу данного диагноза.
3. Какие основные лабораторные и инструментальные данные говорят в пользу данного диагноза. Основные направления терапии.

Задача №4

Ребенок от третьей беременности, вторых родов - от молодых, здоровых родителей. Роды в срок, масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см, крик сразу. Девочка плохо брала грудь, развивалась с отставанием, 3 раза болела ОРЗ и в 6 месяцев перенесла пневмонию. Шум в сердце впервые был выставлен в 6 месяцев.

Объективно: ребенок отстает в физическом развитии, масса тела- 6800 г., кожа бледная, тургор ткани дряблый. Одышка- 55- 60 дыханий в 1 мин. Пульс - 140уд/мин, хорошо определяется на руках и ногах, высокий и быстрый. Верхушечный толчок усилен, разлитой. Границы сердца расширены в поперечнике. Во втором межреберье слева от грудины выслушивается грубый систолический шум. В легких жесткое дыхание. Печень не увеличена.

ЭКГ- тенденция к отклонению электрической оси влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. ЧСС- 122 уд/мин.

Рентгенограмма – легочный рисунок усилен, тень сердца увеличена за счет левых отделов, талия сглажена.

1. Клинический диагноз.

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Задача №5

Ребенок 12 лет поступил в ДРКБ с жалобами на слабость, быструю утомляемость, потливость, бледность, постоянную гипертонию, расстройство зрения.

Объективно: данные со стороны внутренних органов без патологии.

При УЗИ органов брюшной полости в области надпочечников определяется округлое образование.

Общий анализ крови – белок, эритроциты. Повышен сахар крови (8 ммоль/л). Остальные параклинические анализы в пределах нормы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечебная тактика.

Задача №6

Девочка 14лет поступила в ДРКБ с жалобами на артериальную гипертензию, снижение памяти, успеваемости, угнетение психики.

Внешность девочки – «матронизм». В росте отстает от сверстниц (3 см). Тоны сердца приглушены, систолический шум, границы не расширены. Над легкими - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Кожные покровы имеют синюшно-мраморный рисунок.

В анализе периферической крови – эозинофилия, лимфопения, лейкоцитоз. Снижен уровень K^+ , повышен сахар крови.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечебная тактика.

Задача №7

Ребенок 12 лет поступил в ДРКБ с жалобами на головные боли, повышение артериального давления, полиурию, мышечную слабость. Гипертония постоянная, диастолическое давление иногда достигает 100-150 мм рт. ст. Лабораторные показатели – анемия – в общем анализе крови, гипернатриемия, гипокалиемия; в общем анализе мочи – протеинурия, высокая экскреция калия, повышенная экскреция альдостерона с мочой. ЭКГ – снижение зубца Т, удлинение интервала PQ, смещение ST.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какая тактика лечения?

АРИТМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Задача №8

Больной Ф., 10 лет, поступил в стационар с нарушением ритма сердца после проведенной операции — коррекции дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП).

Диагноз ВПС — ДМПП был установлен в 1 год 2 месяца. Мальчик рос и развивался сравнительно удовлетворительно. После операции возникла мерцательная аритмия, которая, несмотря на проводимую терапию, не купировалась. Через 7 дней мальчика перевели в кардиологический стационар, где в течение 3 недель было проведено лечение кордароном, изоптином, препаратами калия и кокарбоксилазой. После такого лечения ритм перестроился на синусовый. Появление мерцательной аритмии после оперативного лечения ДМПП мы сочли возможным расценить как острую форму СССУ, связанную с возможным повреждением синусового узла (отеком, нарушением микроциркуляции). В последующие 3 года жизни при контрольном обследовании синусовый ритм по частоте соответствовал возрасту.

1. Предварительный диагноз?

Задача №9

Больная Г., 3 года, доставлена в стационар в состоянии приступа ПСТ, который купировала сама давлением рукой на корень языка.

Девочка от первой беременности, протекавшей у матери с повышением АД. Роды со стимуляцией, тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Находилась на естественном вскармливании. Развивалась удовлетворительно, но росла

возбудимой, наблюдалась невропатологом. За полгода до поступления в стационар у нее стали возникать приступы ПСТ. Они происходили тогда, когда отец, приходивший с работы, отказывался выполнять ее просьбу о не включении света в прихожей. Во время осмотра со стороны внутренних органов и сердца патологии не обнаружили. На ЭКГ — суправентрикулярная форма ПСТ. В стационаре в первые два дня пребывания возникали приступы, если не выполнялась просьба ребенка о включении света и другие желания. Проведенное лечение финлепсином, психотерапия а сочетании с метаболическими препаратами дали положительный эффект. В дальнейшем в стационаре приступы ПСТ не отмечались. При наблюдении за девочкой в течение нескольких лет приступы возникали до 1—2 раз в месяц. Она их купировала сама, либо с помощью корвалола.

Ваш клинический диагноз?

Задача №10

Девочка В., 7 лет, поступила в кардиоревматологическое отделение с диагнозом: состояние после операции ушивания вторичного ДМПП, проведенной 1,5 года тому назад, в связи с ухудшением состояния.

Врожденный порок сердца диагностирован в 6 месяцев. В возрасте 6 лет. Произведено ушивание межпредсердного дефекта. После операции отмечали трепетание предсердий, которое быстро прошло. Через 6 месяцев после операции в связи с перенесенным ОРВИ вновь появилась тахикардия до 140—150 уд./мин. На ЭКГ — нижнеправопредсердный ритм.

Через год после операции отмечалось трепетание предсердий, с АВ блокадой 2 : 1 (ритм предсердий — 280 уд/мин, ритм желудочков — 140 уд/мин).

1. Клинический диагноз?
2. Какие клинические симптомы говорят в пользу данного диагноза?
3. Какие основные лабораторные и инструментальные данные говорят в пользу данного диагноза?

Задача №11

Девочка Г., 13 лет, переведена из неврологического отделения больницы, куда она поступила для лечения эпилепсии, в реанимационное отделение в связи с возникшим приступом желудочковой тахикардии. Медикаментозное лечение (введение кордарона, лидокаина и новокаинамида) эффекта не принесло. Ритм перестроился на синусовый после электроимпульсной терапии.

Из анамнеза выяснили, что с 6-летнего возраста появились приступы головокружения и потери сознания. Чаще они происходили днем, в школе, при психоэмоциональных и физических напряжениях и расценивались как эпилептические. ЭКГ никогда не проводили.

На ЭКГ после купирования желудочковой тахикардии определялся длинный интервал — Q — T — до 0,64 с. Слух у ребенка не страдает.

Поставлен диагноз: синдром Романо—Уорда (рис. 61). Переведена в центр аритмий. Назначено лечение обзиданом из расчета 2 мг/кг/сут, НПВС, кардиотрофики и витамины.

1. Клинический диагноз?

НЕОНАТОЛОГИЯ

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВИЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Задача № 1

Ребенок от 2-х срочных родов, массой тела 2800 гр. Во время беременности выявлена ФПН, в родах развилась острая гипоксия плода. Околоплодные воды – мекониальные. Родился с цианотичными кожными покровами, дыхание после первичного апноэ аритмичное, нерегулярное, ЧСС – 100 в мин., конечности в позе «лягушки», на введение катетера – слабая реакция.

Вопросы:

1. Оцените состояние по шкале Апгар.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Укажите тактику неонатолога при оказании первичной и реанимационной помощи в родильном зале.

Задача № 2

При рождении ребенок не закричал, после проведенных мероприятий дыхание аритмичное, судорожное; ЧСС 120 в минуту, кожные покровы цианотичные; конечности полусогнуты, при отсасывании слизи из ротоглотки – гримаса.

Вопросы:

1. Оцените состояние по шкале Апгар.
2. Предположительный диагноз.
3. Первичные реанимационные мероприятия

Задача № 3

При рождении ребенок не закричал, дыхание отсутствует, ЧСС 80 ударов в минуту, кожные покровы бледные, конечности свисают, активных движений нет, при отсасывании содержимого из ротоглотки реакция отсутствует.

Вопросы:

1. Оцените состояние по шкале Апгар.
2. Предположительный диагноз.
3. Перечислите реанимационные мероприятия

Задача №4

Матери 30 лет, страдает ожирением и гипертонической болезнью. Беременность 3 (1 норм, роды, ребенок здоров, 2- мед. аборт). Данная беременность протекала с гестозом и анемией во второй половине. Роды в сроке 42 недель, осложнившиеся преждевременным излитием зеленых густых вод и слабой родовой деятельностью. В родах диагностировано снижение сердечной деятельности плода и извлечение путем наложения полостных акушерских щипцов в очень тяжелом состоянии. Дыхание отсутствует, единичные сердцебиения, кожа без смазки, цианотичная, пергаментовидная. На 3-й минуте появилась сердечная деятельность, сохраняется цианоз, атония, арефлексия. Самостоятельное дыхание, появилось на 10 минуте на фоне бледно-цианотичной кожи. На 20 минуте сохраняется акро- и периоральный цианоз на бледном фоне, дыхание нерегулярное, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры, грудная клетка вздута, в легких жесткое дыхание, прослушиваются разнокалиберные влажные и проводные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС-120 уд. в минуту. Выражена адинамия, арефлексия, поза лягушки. Живот мягкий, не вздут. Меконий отошел до родов (воды с меконием). Не мочится.

Вопросы:

1. Оцените по шкале Апгар на 1-5-20 мин.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое осложнение развилось в родах?

Задача №5

Мальчик К., от женщины 24 лет, соматически здорова. Беременность 1-ая, протекала с преэклампсией в 3-ем триместре, роды в сроке 35-36 недель, путем операции кесарево сечения по поводу низко расположенной плаценты. Массы 2100, длине 42 см, кожные покровы с выраженным цианозом. Самостоятельное дыхание появилось через 2 минуты после санации верхних дыхательных путей и масочный ИВЛ. Гипотония, рефлексорная деятельность снижена. ЧСС-120 в минуту. Через 1 час состояние очень тяжелое. Выражена бледность и мраморность кожи, тепло не удерживает. Дыхание со стонущим вдохом, втяжением уступчивых мест грудной клетки на вдохе, раздуванием крыльев носа. ЧД-70 в минуту. Над легкими резко ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы.

ЧСС-120 в минуту, тоны приглушены, живот мягкий, печень+2 см. не мочился.

Стула не было. Hb-124 г/л, Ht-40%

Вопросы:

1. Оцените по шкале Апгар после рождения.
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Назначить метод респираторной поддержки?

ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (ГИЭ)

Задача № 6

Ребенок переведен из родильного дома в возрасте 7 суток. Родители молодые. Мать до беременности лечилась по поводу воспаления придатков. Беременность 4-ая, роды 1-ые (первые три беременности – медаборты). Во время настоящей беременности – угроза выкидыша, гестоз 2 половины. Роды на 32 – 33 неделе, масса тела 1700 г, окружность головы – 28 см, груди – 26 см. Отмечается нахождение швов черепа, большой родничок 1x1 см. Ребенок беспокоен, горизонтальный нистагм, повышены рефлекс орального автоматизма, спонтанный Моро, опоры на ногах нет, низкие сухожильные рефлекс.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения

Задача № 7

Ребенок родился от 1 беременности, 1 срочных родов с оценкой по шкале Апгар 2 балла. После проведения комплекса первичной реанимации ребенок переведен на ПИТ. Через 2 часа после рождения состояние крайне тяжелое, на осмотр и манипуляции не реагирует, не кричит, глаза не открывает, мышечная гипотония, «поза лягушки», физиологические рефлекс не вызываются, отсутствует сосательный и глотательный рефлекс. Дыхание аритмичное, с приступами апноэ, аускультативно резко ослаблено, особенно в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, лабильность ЧСС, систолический шум над областью сердца.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какую помощь необходимо оказать ребенку?
3. Какое осложнение развилось в постасфиксическом периоде?

Задача № 8

Ребенку 1,5 месяца. Родился от 2-ой беременности, 1-х срочных родов, с массой тела 4500 г. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. Приложен к груди в первые сутки, выписан из роддома на 7 сутки.

Ребенок беспокойный, много кричит, крик раздраженный, сон беспокойный, прерывистый, отмечаются вздрагивания, тремор рук, спонтанный рефлекс Моро.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какую терапию необходимо назначить ребенку.
3. Как дифференцировать тремор, вздрагивания, спонтанный Моро при судорожном синдроме и при повышенной возбудимости.

Задача № 9

Ребенок 5 дней. Находится в отделении патологии новорожденных. Родилась от матери, страдающей НЦД по гипотоническому типу. Беременность 4-я (1-е

роды путем кесарева сечения, 2 и 3 – медицинский аборт). Беременность протекала на фоне гестоза и анемии. Роды 2-е, в срок, оперативные. Масса тела 3500, длина 52 см, окружность головы 36 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

Объективно: состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики. Беспокойная, часто срыгивает. Очаговой неврологической симптоматики нет. Большой родничок спокоен. 2,5x3 см, мышечный тонус повышен, симметричный. Сухожильные рефлексы симметричные, оживлены. Спонтанный рефлекс Моро. Кожные покровы желтушной окраски, отеков нет. ЧСС – 146 уд/мин, ЧД – 48 в мин. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, печень - + 1см. Стул – переходного характера. Диурез 120 мл/сут.

Общий анализ крови: Нв-217 г/л, Эр— $5,3 \times 10^{12}$ /л, Нт 0.64, Лейк- $14,7 \times 10^9$ /л, ю - 1%, п/я-2%, с-49%, л-33%, м.12%, э-3%, СОЭ-9 мм/ч.

Общий анализ мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: билирубин– 176 мкмоль/л, белок – 55 г/л

Нейросонодоплерография: ткань мозга структурная. В паренхиме мозга лоцируются мелкоочечные плотные включения. Ширина бокового желудочка справа 16 мм, слева расширения нет. Перивентрикулярная область повышенной эхогенности, межполушарная щель в затылочной области 7 мм, глубиной 17 мм. Индекс резистентности мозговых артерий: передний - 0,81, базилярная – 0,82 (норма=0,7).

УЗИ почек: почки подвижны, расположены обычно. Паренхима достаточная. Полостная система уплотнена с обеих сторон, слева умеренно расширена. Индекс резистентности почечных артерий слева 0,89, справа 0,9

Задание:

1. Какой основной клинический диагноз можно предположить?
2. Какие осложнения развились у ребенка? Расцените показатели сосудистого тонуса почечных артерий.
3. Какие клинические симптомы и данные обследования говорят в пользу ведущего неврологического синдрома?

Задача № 10

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией во втором триместре (получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. Безводный промежуток 10 час, околоплодные воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. На 4 сутки состояние ухудшилось и ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 152 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1.5 см. селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе: крик монотонный, большой родничок 2x2 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симтом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы средней силы. Симметричные. При нагрузке появляется тремор рук; судорог нет.

Общий анализ крови: Нв-192 г/л, Эр— $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц- $12,5 \times 10^9$ /л, э-1%, б-1%, п/я-10%, с-56%, л-29%, м.3%, СОЭ-9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-62,0 г/л, билирубин: непрямо-51 мкмоль/л, прямо-нет, мочевины-3,3 ммоль/л, калий-6.0 ммоль/л, натрий-136 ммоль/л, кальций-1,2 ммоль/л, фосфор – 2.3 ммоль/л.

Нейросонограмма: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел симметричные – 7 мм (норма 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного.

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача № 11

Новорожденная 1350г, длина 39см, кожные покровы красно-цианотичные, выражен цианоз ног, рук. Гиподинамия, гипотония мышц, арефлексия, крик слабый. Грудная клетка расправлена неравномерно, уплощена, на вдохе выявляется втяжение межреберных промежутков. ЧДД 38-72 в мин, периодически апноэ по 5-7 сек. Перкуторно звук над легкими пестрый: местами укорочен, местами с коробочным оттенком, границы сердца расширены больше вправо. Аускультативно: дыхание ослаблено, рассеянные крепитирующие и мелкие влажные незвучные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 120/мин.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Причина состояния?
3. Методы респираторной терапии.

Задача № 12

Ребенку 1-е сутки, родился от преждевременных родов в 28 недель с массой 1200 г. Состояние с рождения тяжелое за счет выраженных дыхательных расстройств. Одышка 80 в мин, выражен цианоз кожи, втяжение межреберий, западение грудины, парадоксальное дыхание, экспираторные дистанционные шумы. В легких выслушиваются рассеянные крепитирующие хрипы, перкуторный звук мозаичный. Тахикардия. АД 25/15 мм рт. ст. Диурез снижен. На рентгенограмме – ячеистый рисунок.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика.
3. Коррекция гемодинамики.

Задача № 13

Ребенок от срочных родов, масса 3700 г, длина 51 см, во время родов произошла задержка разрыва плодных оболочек, при их разрыве отмечено наличие мекония в околоплодных водах. Состояние ребенка с рождения тяжелое, выражена дыхательная недостаточность (ригидность грудной клетки, усиленная функция вспомогательной мускулатуры). При аускультации обилие разнокалиберных влажных хрипов в легких.

На рентгеновском снимке – участки апневматоза (отсутствие пневматизации) с мозаикой эмфизематозных участков (значительного просветления).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие мероприятия необходимо провести при рождении?
3. Перечислите основные лечебные мероприятия.
- 4.

Задача № 14

У недоношенного ребенка с массой 1400 г на 2 и 3 сутки жизни участились периоды апноэ, которые вначале длились по 5-7 секунд, затем удлинились до 20 секунд. В момент апноэ появился общий цианоз, урежение сердцебиений до 100 и менее, нарастала вялость, адинамия.

При дополнительном обследовании глюкоза крови 3,6 ммоль/л, кальций сыворотки 2,25 ммоль/л. Признаков внутричерепной и спинальной травмы при осмотре невролога и дополнительном обследовании не выявлено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. С чем связано развитие состояния в данном случае?
3. Какие причины также могут вызвать такие состояния?

Задача № 15

Ребенок родился в тяжелой асфиксии, после оказания реанимационных мероприятий переведен на ПИТ. Состояние тяжелое, цианоз кожи, исчезающий при даче 40 % кислорода. Одышка 70 в минуту, легкое втяжение межреберий при

дыхании. Над легкими притупление легочного звука в нижних отделах, при аускультации дыхание в нижних отделах ослаблено.

Вопросы:

1. Проведите оценку по шкале Даунс.
 2. Каков объем мониторинга?
 3. Какой метод респираторной поддержки рекомендуется?
-
1. Необходима пульсоксиметрия, определение рН, PO₂, PCO₂, мониторинг АД, ЭКГ, гликемии, электролитного состава крови.
 2. Оксигенотерапия через назальные канюли или головную кислородную палатку, при неэффективности – СРАР.

ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача № 16

Ребенок родился со сроком гестации 36 недель, массой 2400г, у матери во время беременности отмечался кольпит. Родился с оценкой по шкале Апгар 7 баллов. На 2 сутки не сосет, крик слабый, снижена двигательная активность, мышечная гипотония. Гипотермия. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника, пенистое отделяемое на губах. Отмечается значительное втяжение межреберных промежутков, мечевидного отростка, умеренное втяжение грудной клетки на вдохе. Тахипноэ до 80 с периодами апноэ, тахикардия. Над легкими перкуторно - укороченный тимпанит, аускультативно – жесткое дыхание, в нижних отделах проводится хуже.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребенка и степень дыхательной недостаточности.
2. Предположительный диагноз?
3. Назначьте антибактериальную терапию.

Задача № 17

Доношенный новорожденный в возрасте 10 дней поступил в стационар с жалобами на повышение температуры 38°C, заложенность носа, покашливание, затруднение при сосании груди, срыгивания. Выписан из родильного дома на 5 сутки жизни в удовлетворительном состоянии с массой 3600 г. Болен второй день. В семье старший ребенок болен ОРВИ. При поступлении масса 3600 г, одышка до 64 в мин, цианоз носогубного треугольника в покое, при беспокойстве цианоз усиливается. Перкуторно – укорочение звука паравертебрально и под правым углом лопатки. Аускультативно – справа дыхание ослаблено, под правым углом лопатки – мелкопузырчатые хрипы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Основные принципы терапии.

Задача № 18

Ребенок поступил в отделение патологии новорожденных на 2 сут. жизни. Из анамнеза: матери 20 лет, страдает пиелонефритом. Беременность 1-я, протекала с обострением пиелонефрита в третьем триместре. Роды в срок, безводный промежуток 7 час, околоплодные воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела 3100, оценка по Апгар 6 – 7 бал.

При первичном осмотре обращало внимание снижение двигательной активности, приступы апноэ. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, акроцианоз, одышка с втяжением межреберий. В роддоме начата антибактериальная терапия и для дальнейшего лечения ребенок переводится в стационар.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы серые, выражен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в мин, с втяжением межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 160 в мин. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под реберного края на 2 см. В неврологическом статусе: вялость, алдинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Общий анализ крови: Гем.-180г/л, Эр.- $5,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $23,2 \times 10^9$ /л, миелоциты - 3%, п/я-16%, с/я-50%, л.-15%, м.-15%, э1%

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 45 мм рт.ст. pCO_2 -70 мм рт.ст., pH -7,2, $BE = -15$ ммоль/л

Иммуноглобулины: Ig M – 80 мг% (норма 0).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте интерпретацию изменений в лабораторных анализах.
3. Какой метод респираторной терапии необходим в данном случае?

Задача № 19

Ребенок с недоношенностью 2 ст. и проявлениями РДСН в течении 4-х суток находился на АИВЛ. В возрасте 9 суток состояние тяжелое, выросла вялость, потерял в весе, однократно рвота "кофейной гущей".

При осмотре: кожные покровы бледные, с серым колоритом, единичные элементы петехиальной сыпи. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно в передних отделах – тимпанит, сзади укорочение справа в среднем отделе. Аускультативно дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Живот вздут, печень + 2,5 см. Стул желтый, со слизью.

Общий анализ крови: Гем.-150г/л, Лейк.- $26,2 \times 10^9$ /л, миелоциты -6 %, метамиелоциты 6%, п/я-17%, с/я-50%, л.-16 %, м.-5%, СОЭ 25 мм/час.

Посев на микрофлору: из зева – густой рост золотистого стафилококка, из кала – золотистый стафилококк.

Рентгенограмма: на фоне вздутия определяются уплотнения справа в среднем отделе и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрения на полости). Корни не структурны. Сердце – контуры видны неотчетливо. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что говорит в пользу этиологии заболевания?
3. Принципы антибактериальной терапии?

Задача № 20

Ребенок в возрасте 28 дней поступает в отделение патологии с жалобами на повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание. Ребенок родился доношенным, в удовлетворительном состоянии выписан на 4 сутки. С двух недель на искусственном вскармливании. Семейный анамнез – у матери пищевая и лекарственная аллергия. Эпиданамнез – старший ребенок в семье болен ОРЗ.

Заболевание началось остро, с подъема температуры до фебрильных цифр, на следующий день появился пароксизмальный кашель, ожышка со свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 38,4°C. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз в покое. ЧД 74 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС 150 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под правого подреберья. Стул 2 раза в сутки, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Гем.-120г/л, Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $6,2 \times 10^9$ /л, п/я-1%, с/я-30%, л.-58%, м.-8%, э-3%.

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Этиология заболевания?

ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача № 21

Ребенок от 1-х срочных родов, массой тела 3100 г. Матери 25 лет, здорова, имеет резус-отрицательную принадлежность крови. В анамнезе 2 медаборта. Во время беременности определялся титр антирезусных антител 1:64-1:128.

Ребенок родился в умеренной асфиксии. Желтуха с первых часов жизни, печень выступает на 3 см, селезенка на 1 см. Анализ пуповинной крови: группа 0(1), резус-положительная; общий билирубин 60 мкмоль/л, гемоглобин 140 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Основные направления лечения
3. Какие критерии используют для определения тяжести ГБН

Задача № 22

Ребенку К., массой 3500 г, имеющему резус-положительную кровь А (II) группы от матери О (I) резус-положительной кровью на 2-е сутки был выставлен диагноз «ГБН по АВО-системе легкой степени». Проводилась инфузионная и фототерапия. Не смотря на проводимое лечение, на 3-и сутки жизни уровень билирубина в сыворотке крови достиг 360 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Определите тактику ведения, обоснуйте необходимость ОЗПК.
2. Какие препараты, и в каком количестве потребуются для ОЗПК.
3. Какие осложнения могут возникнуть у ребенка?

Задача № 23

Ребенок родился от матери, являющейся носителем австралийского антигена. Родился в срок, с массой 2600 г. Ребенок сосет вяло, срыгивает, субфебрильная температура, кожные покровы иктеричные с землистым оттенком, живот вздут, печень увеличена, плотная, моча «цвета пива», стул ахолический.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести диф. диагноз?
3. Какие лабораторные данные подтвердят диагноз?

Задача № 24

Ребенок родился от здоровой матери, беременность и роды физиологические, находится на грудном вскармливании, сосет активно, не срыгивает, в весе прибавляет. На 6 сутки появилась желтушность кожи и склер, которая сохраняется около 3-х недель при хорошем самочувствии ребенка. Общее состояние не нарушено, не выявляются патологические симптомы, печень и селезенка не увеличены, моча и стул обычной окраски.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Чем подтвердите диагноз?
3. Возможно ли развитие ядерной желтухи?

Задача № 25

У новорожденного с ГБН на 4-е сутки отмечается ухудшение общего состояния: находится в «позе боксера», появилась ригидность затылочных мышц, выбухание родничка, резкий монотонный плач, дает приступы апное и брадикардии.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения?
3. Вероятный исход заболевания и отдаленный прогноз.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задача № 26

Мальчик И., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из роддома. Из анамнеза: матери 21 год, беременность первая, в первом триместре подъем температуры до 38°C в течение 2-х дней, заболевание сопровождалось мелкой розовой сыпью на туловище и конечностях. Роды в сроке 38-39 недель. Масса тела 2750 г, рост 48 см, окр. головы -32 см, грудной клетки – 33 см, оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. На коже туловища, конечностей геморрагическая сыпь в виде петехий и мелких экхимозов. Над областью сердца выслушивается грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступала из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Выявлена катаракта.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Что такое триада Грегга?

Задача № 27

Ребенок находится в родильном доме. Матери 18 лет, в женской консультации не наблюдалась. У новорожденного ребенка с 3-го дня жизни отмечается повышение температуры тела до 39°C, на 5-е сутки появилась сыпь по всей поверхности кожи, включая ладони и подошвы, в виде пузырьков 2-3 мм в диаметре на инфильтративном основании. Живот вздут, отечность передней брюшной стенки, отечность мошонки, увеличение печени и селезенки, признаки дыхательной недостаточности и пневмонии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Принципы лечения.

Задача № 28

Мальчик Ю, 1 мес, находится в стационаре. Из анамнеза: матери 24 года, беременность 1-я, протекала с токсокозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды в срок, безводный период 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 32 см. Выписан из родильного дома на 7 сутки. Дома ребенок был вялым, сосал неудовлетворительно, прибавка за месяц – 200 г. Состояние при поступлении тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая, питание понижено. Голова гидроцефальной формы, окружность головы 40 см, грудной клетки – 34 см. Отмечается расхождение костей черепа по сагиттальному, венечному швам, большой родничок 4x4 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Печень на 2,5 см, селезенка на 1 см выступают из-под края реберной дуги. Спинномозговая жидкость: прозрачность – мутная, белок 1,6 г/л, цитоз 52 в 3 мкл, лимфоцитарный.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Принципы лечения данного заболевания.

Задача № 29

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-ый период- 7 часов, 2-ой-25 минут, безводный промежуток-12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см., окружность головы- 35 см, грудной клетки-32 см, в период ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, круп-норазмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2x2 см, малый 0,3x0,3 см. На 3-ий день жизни появилась желтуха к тенденции к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13-й день жизни на туровище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 30,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Нв-172 г/л, Эр— $4,6 \times 10^{12}$ /л, ц.п.- 0,94, тромб- 190×10^9 /л, лейкоц- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я-1%, с-30%, л-54%, СОЭ-2 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-60,0 г/л, билирубин: общий- 310 мкмоль/л, непрямого-298 мкмоль/л, прямой-12 мкмоль/л, мочевины-4,2 ммоль/л, холестерин-3,6 ммоль/л, калий-5,1 ммоль/л, натрий-141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12 день жизни: прозрачность-мутная, белок- 1650 г/л, реакция Панди-+++, цитоз-350 в 3 мкл: нейтрофилы- 25%, лимфоциты- 75%.

Вопросы;

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Когда произошло инфицирование? Правильной ли была тактика родов?
3. Какова лечебная тактика в этом случае?

Задача № 30

Ребенок от молодой здоровой женщины, от 1 беременности, протекавшей в 1 половине с токсикозом, во 2 половине дважды перенесла респираторную инфекцию. Роды в срок, б/ водный период- 5 часов, воды светлые. Масса 2700, длина 47 см. После рождения на коже туловища, спины, бедер, рук, обнаружены кровоподтеки разной формы и величины, петехии. Из пупочного остатка отмечалось несколько часов кровотечение. На 2 день появилась желтуха, которая быстро нарастала. Печень пальпировалась на 5 см., селезенка на 2 см.

Общий анализ крови на 2-й день жизни: Нв-150г\л, Р 5%, нормобласты-10:100, лейкоц- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я-1%, с-20%, л-71%м- 5 %, СОЭ-5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-40,0 г/л, билирубин: общий- 120 мкмоль/л

Выявлены IgG и М к ЦМВ.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие данные свидетельствуют о остром течении заболевания?
3. Принципы этиотропного лечения.

СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ

Задача № 31

Ребенок 14 дней. Родился от матери с хр. пиелонефритом в срок с массой 3100 г, тугим обвитием пуповины вокруг шеи, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Находился в палате интенсивной терапии, переведен в отделение патологии новорожденных.

Состояние тяжелое, температура тела 37,3 °С, сосет очень вяло, срыгивает после каждого кормления. Крик слабый. Кожные покровы бледные, с серым оттенком, сухие, морщинистые, с геморрагической петехиальной сыпью на животе. Подкожно-жировой слой истончен, отмечается уплотнение подкожной клетчатки на нижних конечностях, заостренные черты лица, «страдальческое» выражение лица, безучастный взгляд, снижение двигательной активности. Живот вздут, выражена подкожная венозная сеть на животе, отечность п/ж слоя внизу живота. Стул жидкий, желтый, непереваренный, со слизью.

Задание:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие проявления заболевания отмечаются у больного?
3. Какова тактика ведения больного?

Задача №32

Мальчик К.8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению участкового врача. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, оценка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2 сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. На 5 сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8 сутки при патронаже педиатра выявлены пузыри на теле, в связи с чем ребенок госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, аппетит снижен. Температура тела 37, 4°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтративном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Зев спокойный, слизистая полости рта чистая. Над легкими дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Нв-180 г/л, Эр— $5,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц- $17,2 \times 10^9$ /л, п/я-13%, с-60%, л-24%, м.3%, СОЭ-9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-55,0 г/л, билирубин: непрямо-51 мкмоль/л, прямо- нет, мочевины-4,2 ммоль/л, калий-5,1 ммоль/л, натрий-141 ммоль/л, кальций-2,2 ммоль/л.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
3. Назначьте лечение.

Задача № 33

У ребенка 9 суток, родившегося на 34 неделе беременности с массой тела 2200 и ростом 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе, однократно рвота «кофейной гущей».

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3 см, селезенка + 1 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью.

В неврологическом статусе: взор «плавающий», горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Большой родничок 1x1 см, не напряжен.

Общий анализ крови: Нв-150 г/л, Лейк- $26,3 \times 10^9$ /л, м/э 6%, метамиелоциты-6%, п/я -17%, с/я -50%, л – 17%, м-4% СОЭ 30 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок-60,0 г/л, глюкоза -5,5 ммоль/л, калий -4,2 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л.

Посев на микрофлору: из зева – густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида.

Общий анализ мочи: белок – 0,66‰, лейкоциты – сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/зр.

Рентгенограмма: на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Как лабораторно можно подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии.

Задача №34

У глубоко недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии в отделении реанимации новорожденных, в возрасте 1 мес. 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высовывания языка), выросла окружность головы (+6 см за 1м 10 дн), исчезла двигательная активность в правой руке.

Кожа бледная, с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой полости рта снимающийся белый налет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 40 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см, селезенка - +1 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Общий анализ крови: Нв-110 г/л, Эр— $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейк- $10,2 \times 10^9$ /л, э-3%, п/я-2%, с-33%, л-52%, м.10%, СОЭ -15 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрачность – мутная, лейкоциты – 10-12 в п/зр, белка и глюкозы нет, много грибов рода Кандида.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочка при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз 400/3: нейтрофилы – 16%, лимфоциты – 62%, моноциты – 22%, белок 2, 1 г/л (норма 0,4 – 0,8).

Посев ликвора и крови на бактериальные среды – стерильный.

Посев ликвора на грибы: высеваются грибы рода Кандида.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания?
3. Назначьте лечение.

Задача №35

Ребенок Н., 8 дней. Находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.

С первых суток отмечалась вялость, срыгивания, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 4-й день жизни отмечался подъем температуры, ребенок возбужден, судорожная готовность, в связи с чем ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, температура 39°C. крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3х3 см, выполнен. Кожные покровы с сероватым колоритом, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, тоны сердца учащены, живот умеренно вздут, печень выступает на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул желтого цвета с непереваренными комочками.

Общий анализ крови: Нв-180 г/л, Эр— $5,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц- $17,2 \times 10^9/л$, п/я-20%, с-53%, л-24%, м.3%, СОЭ-9 мм/ч.

Исследование спинномозговой жидкости: белок 0,7г/л, цитоз 600 в 3 мкл: нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 30%.

Задание:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каков путь инфицирования можно предположить и какой возбудитель обусловил развитие заболевания?
3. Какова тактика лечения данного больного.

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Задача №36

Ребенок родился на 28-й неделе гестации с массой тела 1000 гр. При осмотре неонатолога выявлены выраженные признаки морфофункциональной незрелости. Оценка по шкале Доунс- 7 баллов

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения и кормления.
3. Назначьте инфузионную терапию в 1-е сутки жизни.

Задача №37

Недоношенный ребенок массой 1200г, возраст - 2 суток, диагноз - внутриутробная пневмония, находится на ИВЛ, не усваивает вводимое молоко, в настоящее время получает через зонд 5% раствор глюкозы по 3 мл 8 раз в день.

Вопросы:

1. Какова суточная потребность в жидкости?
2. Какова потребность в электролитах?
3. Рассчитайте и восполните потребность в энергии.

Задача №38

Ребенок от матери 24 лет, молодая, здоровая, брак не зарегистрирован, в женской консультации не наблюдалась, от ребенка отказалась. Поступила в грудное отделение в сроке 26 недель с высоким надрывом плодного пузыря. Ребенок родился с массой 980 г. длина-34 см., окружность головы- 28 см., состояние крайне тяжелое, крика нет, единичные вдохи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Какие причины привели к невынашиванию беременности
3. Определите тактику ведения.

Задача №39

Ребенок от 2-х преждевременных родов в сроке 30 недели гестации, массой тела 1300 гр. Во время беременности выявлена ФПН, в родах развилась острая гипоксия плода. Околоплодные воды - мекониальные. Родился с цианотичными кожными покровами, дыхание аритмичное, нерегулярное, ЧСС- 100 в мин.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите объем реанимационных мероприятий
3. Какое осложнение может развиваться у ребенка. Тактика ведения.

Задача №40

Ребенок 6 дней, родился от 5 беременности, 1 родов, при сроке беременности 30 недель. Первые 4 беременности заканчивались выкидышами, данная беременность протекала с угрозой прерывания. Масса 1500 г., длина- 40 см., состояние при рождении тяжелое, оценка по Шкале Апгар 4 балла. В

последующие дни состояние улучшилось, но остается вялым, самостоятельно не сосет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначить кормление.
3. Где должно проводиться дальнейшее выхаживание?

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

Задача №1

Девочка 8 лет поступила в клинику из детского дома с жалобами на вялость, снижение аппетита, боли в животе. Госпитализирована. При поступлении: определялась иктеричность склер, лёгкая иктеричность кожи, зев спокоен. В лёгких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без чёткой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2 см ниже рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина–72 мкмоль/л, конъюгированного – 60 мкмоль /л, активность АлАт-1230 Ед/л, АсАт-85 ЕД/л.

Клинический анализ крови Эр- $3,82 \times 10^{12}$ /л, Нв-130г/л, Ц.п.-0,9; Лейк- $5,0 \times 10^9$ /л, п/я-3%, с/я-53%, э-2%, л-40%, м-2%, СОЭ-10мм/час.

В моче: обнаружены уробилин и жёлчные пигменты.

Серологические маркёры гепатита: анти-НСV(+), РНК НCV(+), НвsAg(-), анти-НВс IgM(-), анти-НАV IgM(-).

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие изменения в анализах крови подтверждают диагноз?
4. Оцените данные УЗИ.
5. Объясните причину насыщенного цвета мочи.
6. Назначьте лечение.

Задача №2

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38°C , была двукратная рвота, жалобы на боль в горле, через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже. Ребенок направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – $38,2^{\circ}\text{C}$, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях (преимущественно на сгибательных поверхностях) обильная мелкоточечная сыпь. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 140 уд/мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен. Осмотр ЛОР - врача: лакунарная ангина.

Клинический анализ крови: Нв – 135 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $15,0 \times 10^9$ /л; п/я – 10%, с/я – 62%, э – 3%, л – 20%, м – 5%; СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция – кислая, белок – нет, эпителий – единицы, лейкоциты – 1-2 в п/з, слизь – много.

В посеве слизи из зева: рост гемолитического стрептококка.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова этиология предполагаемого заболевания?
3. Укажите типичные симптомы заболевания.
4. Какова причина возникновения сыпи при данном заболевании?
5. Каков патогенез возникновения лакунарной ангины у ребенка?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Оцените результаты лабораторных исследований.
8. Нуждается ли ребенок в повторных исследованиях анализов периферической крови и мочевого осадка?
9. Назначьте лечение.

Задача №3

Ребенок 3 лет. Заболел остро: повысилась температура тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, появилась рвота (до 3 раз), головная боль, затем жидкий стул (до 8 раз). Стул вначале жидкий, обильный, затем скудный с большим количеством слизи и прожилками крови. Госпитализирован. При поступлении: состояние средней тяжести, продолжает высоко лихорадить ($39,6^{\circ}\text{C}$), вялый. Кожа бледная, "синева" под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, громкие. Пульс 140 в минуту. Живот втянут. При пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная, анус податлив. Стул скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови. Мать ребенка работает поваром в детском саду, который посещает ее ребенок, здорова. Одновременно с ребенком в разных группах детского сада заболело еще несколько детей (высокая температура, головная боль, рвота и жидкий стул).

На день поступления в стационар в **общем анализе крови**: Нб – 130 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,0 \times 10^9$ /л; п/я – 10%, с/я – 55%, э – 4%, л – 28%, м – 3%, СОЭ – 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция – жидкая; слизь – большое количество; кровь – (++) ; реакция кала – щелочная; стеркобилин – (-); билирубин (-); мышечные волокна (++) ; нейтрофильный жир (+); жирные кислоты (-); мыла (+); крахмал (-); йодофильная флора (++) ; лейкоциты – 20-30 в п/з; яйца глистов – острицы.

РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз. Предполагаемая этиология этого заболевания.
2. Какие дополнительные исследования могли бы подтвердить этиологию болезни?
3. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.
4. Назовите возможный источник заражения и путь инфицирования.
5. Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований клинический диагноз?
6. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?
7. Напишите диету ребенка на день поступления в стационар.
8. Назначьте этиотропную терапию.

Задача №4

Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание горла раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на **ВЛ**.

Наложения на миндалинах сохранились в течении недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Девочка привита против дифтерии:

1-я вакцина в 3 месяца – АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течении нескольких часов.

2-я вакцина в 5 месяцев – АДС-М анатоксином.

1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев – АДС-М анатоксином.

В посевах слизи из зева и носа на дифтерию выделена *Corynebacterium diphth. mitis*.

Общий анализ крови: Нб-156г/л, Эр- $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п.-1,0, Лейк- $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-4%, с/я-65%, б-1%, л-18%, м-12%; СОЭ-16мм/час.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителю.

3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании?
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

Задача №5

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39⁰С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5⁰С, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2⁰С. Вялая. На лице, туловище, конечностях – обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные, увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистогнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, Эр – 3,8x10¹²/л, Ц.п. – 0,87, Лейк – 7,0x10⁹/л; п/я – 5%, с/я – 42%, л – 49%, м – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы – отрицателен.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какова причина поражения глаз и кожи?
4. Каков патогенез поражения легких при данном заболевании?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
7. Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании?
8. Каких специалистов пригласите для консультации?
9. Назначьте лечение.

Задача №6

Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. Доставлен в стационар бригадой "Скорой помощи". В приёмном отделении: состояние довольно тяжёлое, температура тела 38⁰С, вялость, однократная рвота,

принесшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая рта сухая, язык обложен белым налётом. Зев розовый, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрия. Печень и селезёнка не увеличены. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания был трёхкратно, жидкий, обильный, зловонный, цвет – "болотной тины". Мочеиспускание не нарушено. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

Общий анализ крови: Эр- $3,6 \times 10^{12}/л$; Нв-130г/л; Лейк- $12 \times 10^9/л$; п/я-10%; с/я-60%; э-0%; л-28%; м-2%; СОЭ-25 мм в час.

Общий анализ мочи: удельный вес-1010, белок-0,033%, сахар - нет, ацетон(++), лейкоциты – 3-4 в п/зр.

Задание

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния.
2. Предполагаемая этиология, объясните почему?
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования
4. Объясните механизм диарейного синдрома.
5. Дайте оценку результатов проведённых лабораторных исследований.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
7. Назначьте терапию.

Задача №7

Мальчик 13 лет, заболел остро: с повышения температуры тела до $38^{\circ}C$, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрии. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы.

Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние средней тяжести, температура тела - $39^{\circ}C$. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам - без особенностей. Обе околоушные железы увеличены.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,95, Лейк - $8,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 63%, л - 21%, м - 12%; плазм, клетки - 1%, СОЭ - 8 мм/час.

В посевах слизи из ротоглотки патогенная микрофлора не обнаружена.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, плотность - 1020, белок -нет, сахар - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - единицы.

Задание.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии

заболевания?

3. В консультации какого специалиста нуждается больной?
4. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
7. Оцените результаты лабораторных исследований.
8. Назначьте лечение.

Задача №8

Мальчик 4 месяца, находится на искусственном вскармливании. Поступил в стационар на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день повысилась температура до $37,5^{\circ}\text{C}$, была 2 раза рвота, стул жидкий, не прерванный до 6 раз в сутки. В последующие дни ребенка продолжало лихорадить, рвота и срыгивания (до 3-4 раза в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, сучил ножками, отказывался от еды, плохо пил воду. Отмечалась бледность кожи и "мраморный рисунок", тургор снижен, черты приглушены. Дыхание пуэрильное до 40 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

Анализ кала на кишечную группу: E. Coli 0124.

Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - слабощелочная, стеркобилин (-), билирубин (+), мышечные волокна (-), нейтрофильный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал(+++), йодофильная флора (+); лейкоциты -10-12 в п/з, эритроциты(-), дрожжеподобные грибы (++) .

Общий анализ крови: Нв-134г/л, Лейк- $9,0 \times 10^9$ /л, Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л; п/я-2%, с/я-50%, л-40%, м-6%; СОЭ-12мм/час.

РНГА: с комплексным шигеллезным В.Зоне и Флекснера и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Какие результаты лабораторных исследований подтверждают этиологию заболевания?
3. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
4. Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.
5. Проведите расчет жидкости для проведения регидротационной терапии.

6. Какие лекарственные препараты целесообразно использовать в данном случае для проведения этиотропной терапии (дозы и схемы лечения)?
7. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?
8. Каковы возможные исходы этого заболевания?

Задача №9

Мальчик 2,5 лет, часто болеет ОРВИ, бронхитом, 4 месяца назад перенёс пневмонию. В 3 месяца однократно вакцинирован: АКДС + полиомиелит.

Заболел остро с подъёма температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня – повторный подъём температуры тела до 38,8°C. Перестал вставать на ножки. Госпитализирован. При поступлении: состояние тяжёлое: температура тела 39°C, вялый, временами беспокойный, ригидность затылочных мышц. Отмечается резкая потливость. При перемене положения в кровати кричит.

При осмотре: выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на ногах. Болевая и тактильная чувствительность сохранены.

В лёгких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень и селезёнка не увеличены. В последующие дни состояние ребёнка улучшилось – исчез болевой синдром, температура нормализовалась, восстановилась двигательная функция рук и левой ноги. Активные движения правой ноги отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались.

Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,87, Лейк – $6,3 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 38%, л – 48%, м – 9%; СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1018, глюкоза – нет, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова предполагаемая этиология заболевания?
3. Нуждается ли ребёнок в консультации специалиста?
4. Какая клиническая форма болезни у ребёнка?
5. Каков патогенез двигательных нарушений при данном заболевании?
6. Оцените данные лабораторных исследований.
7. Можно ли думать о менингите у ребёнка?
8. Назначьте лечение.

Задача №10

Мальчик 4 года, заболел остро: с подъёма температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 4-ый день потемнела моча. На 5-й день болезни

заметили желтушность склер и кожи. Ребёнок был госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой.

При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит хороший, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5 см, плотноватой консистенции, болезненная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча тёмная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

Клинический анализ крови: Hb-130г/л, Эр $-4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк- $5,4 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-49%, э-1%, л-40%, м-8%; СОЭ-10мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-коричневый, относительная плотность-1017, белок-нет, глюкоза-нет, лейкоциты-2-3 в п/з, эритроциты-1-2 в п/з, желчные пигменты-(+++).

Биохимический анализ крови: Билирубин общий –80 мкмоль/л, конъюгированный – 50 мкмоль/л, АлАт – 1100 Ед/л, АсАт – 830 Ед/л, тимоловая проба – 22ед.

Вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-HCV(-), anti- HAV IgM (+).

Данные **УЗИ органов брюшной полости:** печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа – без патологии.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?
3. Оцените данные УЗИ органов брюшной полости.
4. Объясните причину "темного" цвета мочи.
5. Где произошло заражение ребенка и почему?
6. Назначьте лечение.

Задача №11

Мальчик 3 года, заболел в детском саду остро: повторная рвота, повышение температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, жёлто-зелёного цвета с резким запахом, непереваренный. При поступлении в стационар (2-ой день болезни): состояние средней степени тяжести, температура тела $35,8^{\circ}\text{C}$, вялый, пьёт неохотно, капризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налётом, сухой, слизистая полости рта суховата, гиперемия нёбных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс – 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех

отделах. Печень и селезёнка пальпируются у края рёберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула. На 3-ий день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5-ти раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

Общий анализ крови: Эр- $4,06 \times 10^{12}/л$; Нв-134г/л; Лейк- $8 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я-39%, э-2%, л-50%, м-6%; СОЭ-6 мм/час. **В посевах испражнений** – патогенные микробы семейства кишечных не обнаружены. **РНГА:** с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном – отрицательная.

Задание

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развития диарейного синдрома при этом заболевании.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить диагноз?
5. Определите степень эксикоза и проведите расчёт жидкости для регидратационной терапии.
6. Есть ли показания для проведения инфузионной терапии? Если да – напишите состав капельницы.
7. Назначьте диету на день поступления больного в стационар.
8. Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания: режим дозирования и курс лечения.
9. Каких специалистов пригласите для консультации?
10. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
11. Противозидемические мероприятия в очаге.
12. Состояние вопроса и перспективы иммунизации детей против этого заболевания на данном этапе научных исследований?

Задача №12

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до $37,5^{\circ}C$ и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым.

В последующие 2 дня температура тела $38^{\circ}C$, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта.

На 4 день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела $40^{\circ}C$, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на теле увеличилось. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

Общий анализ крови: Нб - 140 г/л, Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,95, Лейк - $17,5 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 82%, э - 1%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины?
3. Какие еще проявления болезни возможны у ребенка?
4. Оцените результаты анализа периферической крови.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?
7. Назначьте лечение.
8. Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком?

НЕФРОЛОГИЯ

Задача №1

Мальчик 12 лет, госпитализирован в эндокринологическое отделение с диагнозом сахарный диабет.

Из анамнеза: родился в срок от 1 беременности, беременность и роды протекали нормально. Рос и развивался нормально, редко болеет простудными заболеваниями, за месяц до поступления мама заметила, что мальчик стал часто мочиться. За 2 дня до поступления сдан анализ мочи, выявлено: сахар в моче 2,0. Объективно общее состояние средней тяжести, жалуется на общую слабость. Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны легких и сердце данные без патологии. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, мочиться часто.

Анализ крови: Эр. $4,7 \times 10^{12}$ /л; Нб- 140 г/л; лейко- $6,2 \times 10^9$ /л; э-2%; п-1%, с/я-65%, лим-25%, мон-7%, СОЭ-12мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, креатинин - 70 мкмоль/л, мочевины - 6,2 мкмоль/л, сахар - 4 г/л, Са - 2,1 мкмоль/л, Р - 1,8 мкмоль/л.

Анализ мочи : белка нет, лейкоциты-1-2-3 в п/з , в суточной моче сахар-3,0.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Обоснуйте патогенетические механизмы глюкозурии
- 3) Какова тактика введения больного

Задача №2

Девочка 8 лет госпитализирована с жалобами на боли в поясничной области, и изменения в анализ мочи – лейкоцитурия.

Из анамнеза девочка страдает пиелонефритом, больна с 5 летнего возраста, обследовалась. Рентгенологически выявлено удвоение почек с обеих сторон. Обострение заболевания по 2-3 раза в год, периодически лечится в стационаре. Часто болеет ОРВИ. Генеологический анамнез не отягощен.

Состояние при поступлении средней тяжести, выражены симптомы интоксикации. Со стороны легких и сердца изменений нет. Тоны сердца приглушены, живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области болезненно, мочится до 6-7 раз в сутки.

Анализ крови: Эр. $3,8 \cdot 10^{12}/л$; НЬ- 126 г/л; лейкоц- $12,1 \cdot 10^9/л$; э-2%; п-6%, с/я70%, лим19%, мон-2%, СОЭ-30мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -72 г/л, креатинин -60 мкмоль/л, мочевины - 5,6 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация - 90 мл/мин. Канальцевая реабсорбция - 98,5%

Анализ мочи: удельный вес - 1011, белок - 0,033%, лейкоциты - большое количество. Морфология мочевого осадка (лейкоцитов) - нейтрофилов - 70%, лимфоцитов - 30%. Суточная экскреция белка - 0,234 мг/24ч.

Проба по Зимницкому - дневной диурез - 480 мл, ночной диурез - 910 мл. Колебания удельного веса - 1010-1017.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз согласно классификации
- 2) Обоснуйте диагноз

Задача №3

Мальчик 10 лет госпитализирован с жалобами на отеки, изменения цвета мочи болен 2 день.

Из анамнеза: за 2 недели до появления выше указанных жалоб, перенес фолликулярную ангину. Родился в срок от 3 нормально протекавшей беременности. Редко болеет

Объективно состояние тяжелое, выражены отеки на лице, нижних конечностях в брюшной полости асцит. Над легкими везикулярное дыхание, прослушивается на всем протяжении. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца приглушены. Зев чистый. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличена. Моча красноватая, мутная.

Анализ крови: Эр. $4,2 \cdot 10^{12}/л$; НЬ- 130 г/л; лейкоц- $8,5 \cdot 10^9/л$; э-5%; п-4%, с/я-67%, лим-20%, мон-6%, СОЭ-25мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок-58 г/л, креатинин-90 мкмоль/л, мочевины-6,2 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация- 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция воды-98,9%, β-липопротеиды 45 ед(норм50).

Анализ мочи: удельный вес - 1020, белок-1,2г/л, лейкоциты 7-8 в п/з, эритроциты сплошь.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Дайте оценку функций по данным биохимического анализа крови

Задача №4

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3 день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней. Появлением мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней стопы. Зев не резко гиперемирован, миндалины 2-3 см, разрыхлены, без наложений. АД-130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-350 мл, моча красного цвета.

Анализ крови: Hb – 125 г/л, Эр – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,5 \cdot 10^9$ /л, п – 5%, с – 60%, л – 24%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/ч.

Анализ мочи: цвет – красный, реакция – щелочная, отн. плотность – 1023, белок – 0, 99%, лейкоц. – 1-2-3 в п/з, эритроц. – измененные, покрывают все п/з, эпителий – 1-2 в п/з, цилиндры – зернистые 3-4 в п/з.

Биохимия крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, глобулины – 47%, мочевины – 17,2 ммоль/л, креатинин – 200 мкмоль/л, К – 5,21 ммоль/л, холестерин – 6 ммоль/л, β-липопротеиды – 50 ЕД (N), суточная экскреция белка с мочой – 300 мг/сут.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача № 5

Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией в третьем триместре. Роды вторые в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C , двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно – ключичной линии, верхняя – 3 ребро. Тоны сердца приглушенны, ритмичны. ЧСС – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого

положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Анализ крови : Нв- 100г/л, Эр – $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, Ретик. – 8%, Тромб. – $70,0 \cdot 10^9$, Лейк.– 15, $7 \cdot 10^{12}$ /л, п/я – 2%, с – 70%, л – 19%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 20, 0мл, цвет – темно-коричневый, отн. плотность – 1,008, белок – 0,66‰, лейкоц. – 4-6 в п/з, эр. – до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ - ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин-4,7 моль/л, глюкоза – 4,5 моль/л, мочевины – 38,6 моль/л, креатинин – 673 моль/л (N=до 100), калий – 6,9 моль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, ЧЛС не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Тактика врача в данном случае.

Задача № 6

Больная Света М., 16 лет, госпитализирована в ДРКБ, в нефрологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области справа, появление небольшого количества мочи красного цвета. Со слов больной, перестала мочиться, после чего боли усилились (не мочится в течение суток).

Девочка с детства страдает дисметаболической нефропатией, гипероксалурией. На контрольном УЗИ проведенном за 6 мес. До поступления в правой почке определяется конкремент 6*8 мм. До настоящего времени жалоб на боли не предъявляла.

Анализ крови: Эр. – $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 140г/л, Лейк. – $11,0 \cdot 10^9$ /л, п – 9%, э – 1%, с/я – 710%, л – 7%, м – 3%.

Биохимический анализ крови: белок – 70 г/л, альбумины – 53 г/л, креатинин – 172 мкг/л (N= до 100), мочевины – 13,5 ммоль/л, калий – 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Назначьте необходимое дообследование.
3. Тактика ведения больного.

Задача №7

Мальчик, 7 лет, госпитализирован с жалобами на повышение температуры до 38° С. Частое болезненное мочеиспускание, однократно заметил кровь в конце мочеиспускания. Со слов мальчика за два дня до появления жалоб сидел на холодном камне. Родился в срок от первой нормальной беременности. Простудными заболеваниями болеет редко. Родители здоровы. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, розовые. Зев чист. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ясные.

Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивания по поясничной области безболезненное. Мочеиспускание частое, болезненное.

Анализы:

Кровь: Эр - $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 130 г/л, лейкоц - $6,8 \cdot 10^9/л$, эоз - 3%, п/я - 10%, с/я - 68%, лимф - 14%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/ч

Биохимический анализ крови: клубочковая фильтрация - 100мм/мин, реарб. воды - 99%, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 4,5 ммоль/л

Анализ мочи: белок - 0.066г/л, уд.вес - 1020, лейкоц - большое количество, эритроциты - 20-30 в п/зр.

Морфология мочевого осадка: в мазке нейтрофилы - 75%, лимфоциты - 25%

УЗИ почек: размеры и структура почек не изменены.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте.
2. Какие дополнительные методы исследования нужно назначить для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Задача № 8

Девочка 16 лет, госпитализирована с жалобами на слабость, вялость, боли в поясничной области. В общем анализе мочи: лейкоцитов большое количество, эритроцитов до 10 в поле зрения.

Из анамнеза страдает пиелонефритом с 10 лет. Неоднократно лечилась в условиях стационара, проведено рентгенологическое обследование: на урограммах выявлен правосторонний нефроптоз, ротация левой почки, цистограмма без патологии, по данным формы 112, обострения в 2-3 раза в год, лечится периодически в стационаре и амбулаторно. Наблюдается нефрологом. Страдает хроническим тонзиллитом. Генеологический анамнез не отягощен. Настоящая беременность и роды у матери протекали без осложнений.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тени под глазами, периорбитальный цианоз. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированны. Живот мягкий. Печень не пальпируется. Стоя пальпируется нижний полюс правой почки. Мочится до 7-8 раз в сутки.

Анализ крови: Эр $4,1 \cdot 10^{12}/л$, Нб 130г/л, лейкоциты $13 \cdot 10^9/л$, п/я- 7%, с/я -69%, лимф -20%, м 4%, СОЕ -26мм/ч.

Биохим. Ан. крови: креатинин 100мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, клубочковая фильтрация 120мл/мин, канальцевая реабсорб 98,5%.

ОАМ: удельный вес -1015, белок- 0,066%, лейкоц. - большое кол-во, эр. - ед. в поле зрения.

Морфология (лейкоцитов) в мочевом осадке 72%- нейтрофилы, 28%- лимфоциты. Осмолярность мочи -580ммосмоль/л.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз согласно классификации.
- 2.Выделите патологические данные лабораторного исследования у больной.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Задача № 1

Вызов врача «неотложной помощи» в 4 часа утра к мальчику 4 лет. Жалобы: повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки. Сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раза в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины 2 степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД-35 в минуту. ЧСС-126 уд/мин. АД-85/45 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края реберной дуги.

Задание

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Какие осложнения угрожают ребенку?

Задача №2

Девочка 9 месяцев с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу.

При поступлении: температура $38,2^{\circ}\text{C}$, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧС-60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки и эпигастрии. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС-100-130 в мин). Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме грудной клетки усиление сосудистого рисунка, права доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень (ателектаз?).

КОС: pH-7,31; PCO_2 41,1; PO_2 -70,1; BE=3,6.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции:

Парагрипп (+), грипп (-), РС(-), Аденовирус (-)

Клинический анализ крови: Hb-130 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п.-0,89, лейкоц- $8,3 \times 10^9$ /л, п-3%, с-41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ-10 мм/час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. О каком осложнении следует думать в данном случае?
3. Назначьте лечение.

Задача №3

Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура $38-39^{\circ}\text{C}$, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильное слизистые выделения из носа.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура $38,3^{\circ}\text{C}$, веки отечны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС-132 уд/мин. Печень +3,5 см. селезенка +1,5 см. стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв-133 г/л, Эр- $4,3 \times 10^{12}$ /л, ц.п.-0,93, лейко- $7,9 \times 10^9$ /л, п-3%, с-38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ-4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол-желтый; прозрачность-мутная; относительная плотность-1031; белок- $0,3^0/_{00}$, глюкоза- отсутствует; лейкоциты-1-3 в п/з; соли-ураты.

Биохимический анализ крови: общий белок-74г/л, мочевины-5,2 ммоль/л, АлАТ-32 Ед/л, АсАТ-42 Ед/л.

Реакция иммунофлюоресценции:

Парагрипп (-), грипп(-), РС(-), Адено(+)

На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очагов и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз
2. Возможные осложнения
3. Назначьте лечение.

Задача № 4

Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела 40^0C , сухой резкий кашель, жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Госпитализирована.

При поступлении: состояние тяжелое, вялая, температура тела 39^0C . На коже лица и шеи- петехии, склеры инъекцированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД – 48/мин. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС-146 в минуту.

Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Стул нормальный, анус сомкнут. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: Нв-120 г/л, Эр- $3,6 \times 10^{12}$ /л, ц.п.-0,89, лейко- $7,0 \times 10^9$ /л, п-2%, с-45%, л-45%, м-8%, СОЭ-10 мм/час. тромб.- 302×10^9 /л.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз
2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
3. Назначьте лечение.

Задача № 5

Девочка 1г 2 месяца, заболела остро: температура тела 38^0C . Влажный частый кашель, насморк. К вечеру мать заметила отечность век. На следующий день состояние резко ухудшилось - усилился насморк, повысилась температура тела 39^0C , появился цианоз носогубного треугольника, одышка.

Участковый врач осмотрел ребенка и госпитализировал по тяжести состояния.

Состояние тяжелое, выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Веки обоих глаз гиперемированы, отечны, конъюнктивы с выраженными фолликулами, отмечается помутнение роговицы правого глаза. Полиадения. В легких с обеих сторон выслушиваются сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Дыхание 36 в 1 минуту. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. При пальпации кишечника отмечается болезненность, урчание, разжиженный стул до 4 раз со слизью без патологических примесей. Печень пальпируется ниже реберной дуги на 2,5 см, селезенка- 1,5 см. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: Нв-120 г/л, Эр- $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейко- $6,9 \times 10^9$ /л, п-6%, с-47%, л-35%, м-10%, СОЭ-15 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка.

Кал на кишечную группу - отрицательный.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие осложнения возможны в течении болезни?
3. Назначьте лечение.

ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ.

Ответы к задачам. Раздел «Гематология»

Анемии

Задача №1

1. Наследственный микросфероцитоз, период гемолитического криза.
2. План обследования: биохимический анализ крови с определением билирубина, гаптоглобина, определение осмотической стойкости эритроцитов, эритроцитометрия (после завершения гемолитического криза), обследование матери больного.

Задача №2

1. Диагноз: железодефицитная анемия недоношенных.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, коэффициента насыщения.

Задача №3

1. Основной диагноз: вторичный пиелонефрит, период обострения, удвоение левой почки.

Сопутствующий диагноз: несфероцитарная гемолитическая анемия, период криза.

2. План обследования: клинический анализ крови, анализ мочи, посев мочи, мазок из вульвы, функциональные пробы почек, биохимический анализ крови с определением общего белка, протеинограммы, СРБ, мочевины, креатинина, фосфора, кальция, сахара, гаптоглобина, билирубина, свободного гемоглобина, плазмы, ферментов эритроцитов, реакция Кумбса — определение антител к эритроцитам.

Задача №4

1. Диагноз: железодефицитная анемия.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, показатели ферритина, коэффициента насыщения, ЭФГДС.

Задача №5

1. Диагноз основной — железодефицитная постгеморрагическая анемия; сопутствующий — распространенный ангиомиозит.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, коэффициента насыщения, кал на скрытую кровь, ЭФГДС, фиброколоноскопия.

Задача №6

1. Диагноз — врожденная апластическая анемия типа Фанкони, период обострения.
2. План обследования: миелограмма, трепанбиопсия, биохимический анализ крови с определением гемоглобина, анализы мочи, кала, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, цитогенетический анализ.

Задача №7

1. Основной диагноз — острая правосторонняя долевая пневмония, ДН I—II; сопутствующий диагноз: апластическая анемия.
2. План обследования: рентгенограмма грудной клетки, анализ мочи, кала, посевы мазков из зева, мокроты, биохимический анализ крови, миелограмма (после исчезновения симптомов интоксикации), трепанобиопсия, ЭКГ, УЗИ внутренних органов.

Система гемостаза

Задача №8

1. Пятнисто-петехиальный.
2. Идиопатическая тромбоцитопения.
3. Количество тромбоцитов, антитела к тромбоцитам

Задача №9

1. Основной диагноз - болезнь Виллебранда, луночное кровотечение.
2. План обследования: общий анализ крови, тромбоциты, длительность кровотечения по Дьюку, динамические свойства тромбоцитов, коагулограмма с определением фактора Виллебранда.

Задача №10

1. Основной диагноз: грипп.
Осложнение: приобретенная (токсическая, лекарственная) тромбоцитопатия.

Задача №11

1. Основной диагноз: Острая тромбоцитопеническая пурпура.
2. Обследование: общий ан. крови с определением числа тромбоцитов, длительности кровотечения по Дьюку, биохим. ан. крови: общий белок, протеинограмма, СРБ, сиаловые кислоты, определение тромбоцитарных антител, группы крови, резус-фактора, осмотр ЛОР-врача, стоматолога, ан. мочи, мазки из зева на гем.стрептококк.

Задача №12

1. Основной диагноз: острая кишечная инфекция — энтерит.
Сопутствующий: острая тромбоцитопеническая пурпура.
2. Обследование: общий ан. крови с определением числа тромбоцитов, длительности кровотечения по Дьюку. Посев кала на кишеч. группу, стафилококк, копрограмма, биохим. ан. крови: белок, креатинин, фракции билирубина, трансаминазы.

Задача №13

1. Тромбоастения Гланцмана.
2. Носовое кровотечение, петехиально-пятнистый сыпь на коже.
3. Нарушение адгезивно-агрегационной способности.
4. Определение адгезивной способности тромбоцитов к стеклу, коллагену, агрегационной способности под влиянием АДФ, адреналина, коллагена

Коагулопатии

Задача №14

1. Основной диагноз — гемофилия, гемартроз левого коленного сустава.

2. Неотложная помощь при поступлении: иммобилизация сустава, обезболивающие средства, АГП в/в — капельно.
3. Обследование: время свертывания венозной крови, по - возможности коагулограмма (или данные о ней по документам) или проба со старой плазмой — до введения антигемофильных препаратов, ан. крови, ан. мочи, группа крови, резус-фактор.

Задача №15

1. Основной диагноз — лакунарная ангина.
Сопутствующий диагноз: гемофилия А, гематома правого плеча.
2. Обследование: ан. крови клинический, биохимический с определением белка, протеинограммы, СРБ, антистрептококковых антител, ан. мочи, кала, посев зева на гемолитический стрептококк, осмотр ЛОР - врача, рентгенограмма плечевой кости, определение группы крови, резус-фактора.

Задача №16

1. Коагулопатия.
2. Определить VIII и IX факторы свертывания.
3. Первая фаза процесса свертывания крови, нарушение по внутреннему механизму.

Ответы к задачам. Раздел «Гастроэнтерология» ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Задача №1

1. Язвенная болезнь в фазе обострения.
2. Хронический гастрит с повышенной секреторной активностью, хронический холецистит, панкреатит.
3. Рентгенологическое исследование желудка и ДПК, фракционное исследование желудочной секреции, общеклинические анализы крови, мочи, фиброгастроуденоскопия, обследование на *Helicobacter Pylori*.
4. Лечение в условиях гастроэнтерологического отделения, диета щадящая. Медикаментозное лечение направлено на устранение расстройств регулирующих функций ЦНС, использование препаратов, способствующих эрадикации НР и средств, обладающих репаративным действием. В фазе стихания процесса – физиотерапия, фитотерапия.

Задача №2

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза обострения.
2. Общеклинические анализы крови, мочи, кал на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки,

фракционное исследование желудочной секреции, фиброгастродуоденоскопия, обследование на НР.

3. Диета, коррекция вегетативных расстройств, медикаментозная терапия: антацидная, антисекреторная, антихеликобактерная; физиотерапия, фитотерапия

Задача №3

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза обострения, кишечное кровотечение (скрытое).
2. Общеклинические анализы крови, мочи, кровь на сывороточное железо, кал на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, фракционное исследование желудочной секреции, фиброгастродуоденоскопия, обследование на НР.
3. Диета, коррекция вегетативных расстройств, медикаментозное лечение: антацидное, антисекреторное, антихеликобактерное; физиотерапия, фитотерапия.

Задача №4

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза обострения.
2. Общеклинические анализы крови, мочи, кал на скрытую кровь, фракционное исследование желудочной секреции, фиброгастродуоденоскопия, обследование на НР.
3. Диета, коррекция вегетативных расстройств, медикаментозная терапия: антацидная, антисекреторная, антихеликобактерная; физиотерапия, фитотерапия.

Задача №5

1. Диагноз - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, обострение (свежая язва) средней степени, не осложненная.
2. Лечение: режим и диета, как при хроническом гастродуодените. Антациды: альмагель, фосфалюгель, маалокс. Антисекреторные препараты: гастроцепин, ранитидин. Препараты висмута: викалин, викаир, де-нол. Для повышения защитных свойств слизистой оболочки – ликвиритон, пентоксил, метацил, облепиховое масло, винилин, витамин U, сукральфат.
Физиотерапевтическое лечение: парафиновые аппликации, УВЧ, диатермия, электрофорез с новокаином, магния сульфатом, кальция хлоридом.

ХОЛЕПАТИИ

Задача №6

1. Диагноз: Хронический холецистохолангит в фазе обострения. Лямблиоз кишечника.

Холецистохолангит — это одновременное поражение желчного пузыря и желчных путей. Изолированное их поражение встречается редко и процесс, как правило, захватывает всю желчевыделительную систему, поэтому термин

холецистохолангит является предпочтительным. Основными причинами воспалительного процесса в желчевыводящих путях являются нарушения моторики билиарной системы и прежде всего развитие подпеченочного холестаза, приводящего к застою желчи в пузыре и протоках, что ведет к сгущению желчи, изменению ее коллоидных свойств и нарушению бактерицидности. Заболевание развивается постепенно и характеризуется упорным волнообразным течением. Часто встречается семейная предрасположенность, сезонность обострения проявляется при длительности заболевания 2-3 года. Характерны жалобы на повышенную утомляемость, слабость и вялость, снижение аппетита, тошноту, рвоту, особенно после погрешности в диете. Больной жалуется на боли в правом подреберье через 1,5-2 ч после приема пищи, особенно жирной и жареной, приступообразные, иногда ноющие, тупые. Почти у всех больных отмечают увеличение печени, болезненность при пальпации, резко положительные пузырные симптомы.

Задача №7

1. Диагноз: Хронический лямблиозный ангиохолецистит в фазе обострения. Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

Характер болевого синдрома позволяет предполагать, что заболевание имеет хроническое течение. Приступы острых болей часто вызывают паразитирующие в кишечнике лямблии, которые могут провоцировать гипертонию сфинктера Одди и быть причиной дискинезии гипертонического типа. Хронизации процесса может способствовать высокий инфекционный индекс, отрицательно влияющий на сопротивляемость организма ребенка.

Очень часто обострение хронического ангиохолецистита сочетается с диспепсическим синдромом. Большое значение для диагностики обострения имеет симптом резистентности мышц правого верхнего квадранта живота, который сохраняется и после прекращения болей. Для периода обострения характерна выраженность пузырных симптомов. Ангиохолециститу, особенно при сочетании с лямблиозом желчных путей, свойственна богатая неврологическая симптоматика: эмоциональная неуравновешенность, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, бессонница, ночные страхи, потливость, парестезии, а также «игра вазомоторов» кожи, лабильность артериального давления.

2. Для уточнения диагноза необходимо провести лабораторно инструментальное обследование. Дуоденальное зондирование — определение в дуоденальном содержимом желчных кислот, билирубина, холестерина, сиаловых кислот и ферментов. Высокоинформативными методами исследования являются ультразвуковое и сцинтиграфическое.

Холецистография позволяет наиболее четко определить нарушение концентрационной и двигательной функции желчного пузыря.

Хронический лямблиозный холецистит дифференцируют от дискинезии желчевыводящих путей, гастродуоденита, заболеваний поджелудочной железы.

3. После выписки из стационара рекомендуется амбулаторное лечение под наблюдением гастроэнтеролога. Показано проведение весенне-осенних курсов противорецидивного лечения: в течение первых 10 дней каждого месяца назначают желчегонные препараты. В течение последующих 20 дней каждого месяца — желчегонные травы и минеральные воды. При лямблиозе в течение 6 мес по 2 нед ежемесячно принимают настой березовых листьев. Пища должна быть щадящей (диета 5). Длительность диспансерного наблюдения — 3 года.

Прогноз зависит от своевременности лечения.

Задача №8

1. Диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

Больные с гипотонической дискинезией жалуются на постоянные тупые, ноющие, давящие боли в правом подреберье через 1-1,5 ч после приема пищи (особенно жирной) или после физических нагрузок. Кроме болей, дети жалуются на слабость, быструю утомляемость, тошноту. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье и в области пупка. Характерны положительные пузырные симптомы (симптом Квинке: возникновение и усиление боли во время вдоха при обычной пальпации в точке желчного пузыря).

2. Главный принцип диетотерапии — дробное питание. 5-6 раз в день. Потребность в белке обеспечивается на 2/3 за счет животного белка и на 1/3 — за счет белка растительного происхождения.

Большинство больных не нуждаются в ограничении жира, так как он оказывает выраженное холеретическое и холецистокинетическое действие, способствует всасыванию жирорастворимых витаминов. Предпочтительнее растительное масло, но не следует полностью исключать и сливочное.

Содержание углеводов в рационе должно соответствовать возрастным нормам с учетом массы тела. Рекомендуется стол 5, с исключением продуктов, содержащих тугоплавкие жиры (свинина, гусь). Тактика лечения детей с гипотонической дискинезией:

Постельный режим назначают редко, только больным с выраженным болевым синдромом. Кроме диеты 5, необходимо эффективное сочетание истинных холеретиков (стимулируют образование желчи и синтез желчных кислот) и холекинетиков (сульфат магния, сорбит, кеилит, маннит). Весьма эффективно проведение тюбажа с раствором сульфата магния по Демьянову. После 1-2 курсов желчегонных препаратов переходят на желчегонные травы. Физиотерапия в остром периоде: аппликации парафина и озокерита, электрофорез сульфата магния. Минеральные воды назначают из расчета 3 мл/кг массы тела (эссентуки № 4, боржоми, славянская, арзни).

Прогноз при своевременной диагностике и проведении этиопатогенетического лечения благоприятный.

Задача №9

1. Диагноз: Первичная дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

В патогенезе первичных дискинезий основным звеном является расстройство нейрогуморальной регуляции. Раздражение блуждающего нерва приводит к сокращению желчного пузыря и спазму сфинктеров пузырного и общего протоков. Определенную роль в развитии дискинезий у больного могут играть эндокринные сдвиги, особенно выраженные в периоде полового созревания. Для гипертонической дискинезий характерны семейная предрасположенность, сезонные обострения, невротические реакции, лабильность вегетативной нервной системы. Типично возникновение кратковременной приступообразной боли в правом подреберье без иррадиации, сопровождающейся рвотой и тошнотой, болезненностью при пальпации в правом подреберье. Пузырные симптомы выражены слабо.

2. В плане дополнительного обследования необходимо провести: непрерывное фракционное дуоденальное зондирование (характерно увеличение фазы закрытого сфинктера Одди до 6 мин и более, уменьшение объема порции В и продолжительности выделения пузырной желчи); холецистографию (пузырь овальной формы, сокращение более чем наполовину после желчегонного завтрака); ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря (сокращение желчного пузыря наполовину после желчегонного завтрака); гепатобилисцинтиграфию (ускорение выхода фармпрепарата на кишечник, сокращение латентного периода, усиление двигательной функции желчного пузыря); биохимическое исследование желчи (снижение активности гистидазы и урокиназы, нормальные показатели лизоцима и щелочной фосфатазы).

3. Из диеты исключают пряности, соленья, маринады, копчености, жареные и жирные продукты, приправы, торты, пирожные, холодные блюда, облигатные пищевые аллергены (цитрусовые, шоколад, ягоды, рыба). Рекомендуются избегать приема пищи, богатой экстрактивными веществами (наваристые бульоны). 4-5-кратный прием пищи обеспечивает отток желчи, препятствуя ее задержке в желчном пузыре.

4. В лечении гипертонической формы дискинезий используют холеретики (холензим, аллохол, холосас) и лекарственные травы (валериана, кукурузные рыльца, барбарис, бессмертник, шиповник). Рекомендуются минеральные воды без газа, в подогретом виде 4-5 раз в день, малыми порциями по 40-50 мл.

С учетом нарушений функции нервной системы назначают триоксазин, рудотель, препараты брома. Целесообразно назначение фенобарбитала: стимулирует секрецию желчи, обмен билирубина, экскрецию желчью экзогенных веществ, оказывает седативное действие.

При болях применяют спазмолитики: платифиллин с папаверином, но-шпу. Обязательны тепловые процедуры (аппликации парафина и озокерита, электрофорез папаверина). При проведении лечебной физкультуры исключают большие нагрузки на мышцы брюшного пресса.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Задаче №10

1. Неспецифический язвенный колит
2. В общем анализе крови: анемия легкой степени тяжести (Hb-96г/л, Эрит - $3.7 \cdot 10^{12}/л$); ретикулоцитоз до 18 %; лейкоцитоз($12 \cdot 10^9/л$) с палочкоядерным сдвигом до 7%; ускоренная СОЭ до 18 мм/ч.
3. Симптомы НЯК:
 - Частый понос или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи
 - «Ложные позывы» на дефекацию, «императивные» или обязательные позывы на дефекацию
 - боль в животе (чаще в левой половине)
 - лихорадка (температура от 37 до 39 градусов в зависимости от тяжести заболевания)
 - снижение аппетита
 - потеря веса (при длительном и тяжелом течении)
 - водно-электролитные нарушения различной степени
 - общая слабость
 - боли в суставах
- 4.

Признаки	Клиническая форма заболевания	
	Легкая	тяжелая
Диарея	Нерезко выраженная (до 4 раз в сутки). Могут быть только тенезмы	Резко выраженная (стул жидкий, водянистый, 6 раз в сутки и чаще)
Примесь крови в испражнениях	В небольшом количестве	В значительном количестве
Лихорадка	Отсутствует	Вечерняя температура 38 и выше
Тахикардия	Отсутствует	90 уд. в мин. и чаще
Уменьшение массы тела	Не наблюдается	На 20 % от исходной и больше
Анемия	Отсутствует	Содержание гемоглобина 110г/л и ниже
Гипоальбуминемия	Отсутствует	Выражена

5. Осложнения:
 - перфорация толстой кишки

- острая токсическая дилатация толстой кишки
- кишечное кровотечение
- сепсис
- тромбозы и тромбоэмболии
- рак толстой кишки.

Задаче №11

1. Болезнь Крона

2. При проведении первичной диагностики в настоящее время применяются 5 основных методов:

- эндоскопия с прицельной биопсией
- ультразвуковое исследование брюшной полости
- рентгенологическое исследование: ирригография
- лабораторное исследование
- микробиологическое исследование
- иммунологическое.

3. Осложнения при БК

- образование свищей и абсцессов;
- непроходимость кишечника;
- парапроктиты;
- глубокие анальные трещины;
- кишечные кровотечения (реже, чем при НЯК)
- сепсис;
- тромбозы периферических вен с высокой вероятностью тромбоэмболий легочной артерии.

4. Клиническая картина очень разнообразна и во многом зависит от локализации, тяжести, продолжительности и наличия рецидивов болезни.

Общие симптомы: слабость, усталость, повышение температуры, часто волнообразного характера.

«Кишечные» симптомы: боль в животе, часто симулирующая острый аппендицит, понос, анорексия, тошнота, рвота, вздутие кишечника, потеря веса.

Потеря веса наблюдается у значительного количества больных и обусловлена сначала анорексией и усилением боли после приёма пищи, а в запущенных случаях и синдромом нарушения всасывания в кишечнике, развивающемся как после хирургических вмешательств, так и в результате протяженности процесса.

Нарушается всасывания жиров, белков, углеводов и витаминов (B12 и A, D). У больных с протяженным или множественным поражением, со свищами между тонким и толстым кишечником развивается выраженная стеаторея. У больных с локализацией процесса в илеоцекальном углу заболевание может начаться с высокой температуры, боли в правой подвздошной области, появления там же пальпируемой массы, что может вести к ложному диагнозу аппендицита и неоправданной операции.

Клиническое исследование при первом обращении не очень информативно, единичные находки — афтозный стоматит, чувствительность и пальпируемая масса в правой подвздошной области, свищи и абсцессы в области заднепроходного отверстия. Гораздо больший интерес представляют внекишечные проявления, многочисленные и разнообразные.

Частота жалоб/симптомов в %:

- Боль в животе — 87%
- Диарея — 66%
- Повышение температуры — 36%
- Потеря аппетита (анорексия) — 37%
- Потеря веса — 55%
- Рвота — 35%
- Усталость — 32%
- Тошнота — 30%
- Острый живот — 25%
- Свищи — 15%

Задаче №12

1. Неспецифический язвенный колит.
2. а) повторные бактериологические и иммунологические исследования крови
 - б) ректороманоскопия
 - в) ирригография
 - г) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 - д) эндоскопия с прицельной биопсией

Ответы к задачам. Раздел «Эндокринология» САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Задача №1

1. Диагноз: Сахарный диабет. Гиперосмолярная диабетическая кома. У ребенка раннего возраста произошла манифестация сахарного диабета в форме гиперосмолярной диабетической комы. Основная причина такого варианта начала диабета не ясна.

Практически важно учесть, что в настоящее время участились случаи гиперосмолярного варианта диабетической гипергликемической комы.

2. Принципы интенсивной терапии: внутривенное капельное введение малых доз инсулина быстрого действия (ориентировочно 0,1 ЕД/кг/ч) под постоянным контролем уровня сахара в крови; инфузионное введение 0,45 % раствора хлорида натрия; постоянный почасовой контроль концентрации глюкозы, калия, кальция и кислотно-основного равновесия крови.

Задача №2

1. Диагноз: Сахарный диабет. Кетоацидотическая диабетическая прекома.

У девочки впервые выявлен сахарный диабет, проявившийся кетоацидотической прекомой. Особенностью клинического течения надо считать быстрое развитие кетоадидоза — трое суток. Для детей старшего возраста более типичным является постепенное развитие кетоза в течение 3-4 нед с нарастанием жажды и полиурии. Очевидно, столь бурной манифестации сахарного диабета способствовала большая углеводная нагрузка. Предрасполагающим фактором можно считать судорожный эпизод в анамнезе, возможно, повлекший за собой изменения функции диэнцефальной области. Типичным является сочетание патологии щитовидной железы и сахарного диабета.

3. Схема неотложной помощи включает очистительную гипертоническую клизму, немедленное начало инсулинотерапии из расчета 0,1 ЕД/кг/ч; инфузионную терапию, начинающуюся с внутривенного введения 0,9 % раствора хлорида натрия с последующей инфузией 10 % раствора глюкозы и 4 % раствора хлорида калия после снижения уровня глюкозы в крови на 1,5-2 ммоль/л при почасовом контроле за концентрацией глюкозы и калия в плазме.

Задача №3

1. Диагноз: Сахарный диабет. Гипогликемическое состояние.

2. У мальчика с лабильным течением сахарного диабета при неудовлетворительном контроле за диетой и уровнем сахара в крови и моче развилось гипогликемическое состояние. Клинические проявления умеренной гипогликемии типичны: агрессивность и негативизм, ночные страхи. Ребенок должен немедленно получить сладкое теплое питье и порцию пищи, богатой углеводами (каша, картофельное пюре). Утренняя доза инсулина должна быть уменьшена, поскольку гипогликемическое состояние резко повышает периферических тканей к инсулину.

Показана госпитализация в специализированное эндокринное отделение для подбора адекватной дозы препарата инсулина. На первом этапе целесообразно перейти на 3-4 инъекции инсулина короткого действия.

Родители ребенка и сам мальчик должны быть приглашены на повторный курс обучения в «школе диабетика».

Задача №4

1. При обследовании в стационаре выявлены сосудистые осложнения сахарного диабета: изменения артерий сетчатки, ангиопатия нижних конечностей. Можно говорить о начальных признаках нейропатии нижних конечностей, на что указывает снижение чувствительности. Умеренно выраженная протеинурия — признак диабетической нефропатии.

2. Помимо систематического контроля за уровнем сахара в крови и в моче, квалифицированной коррекции дозы инсулина, девочка должна наблюдаться невропатологом и нефрологом. Для замедления прогрессирования сосудистых осложнений следует рекомендовать прием сулодексида. Этот препарат способствует восстановлению функции и целостности эндотелия, улучшает

реологические свойства крови, снижает содержание фибриногена и триглицеридов плазмы и тем самым предупреждает тромбообразование. Показано, что сулодексид уменьшает протеинурию при начинающейся диабетической нефропатии. Для предотвращения истинной гиперфльтрации необходимо назначение ингибиторов ангиотензинконвертазы с индивидуальным подбором доз под контролем артериального давления.

Задача №5

1. Сахарный диабет, впервые выявленный, диабетическая кома II степени.
2. Биохимические методы исследования
 - а) сахар крови, кетоновые тела, остаточный азот крови, мочевины.
 - б) сахар, ацетон крови.
 - в) определение рН крови, щелочного резерва, электролитов крови. Определение НЭЖК.
 - г) ЭКГ (удлинение интервала PQ, уплощение зубца T)
3. Диабетическую кому необходимо дифференцировать с:
 1. уремической комой
 2. печеночной комой
 3. гиперосмолярной комой
 4. лактацидозной комой
 5. гипогликемической комой
4. а) Инсулинотерапия
б) Регидратация
в) Посиндромная терапия

Ответы к задачам. Раздел «Пульмонология»

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Задача №1

Наиболее вероятно наличие у пациентки бронхиальной астмы. Об этом свидетельствуют признаки бронхиальной обструкции (приступообразный кашель и сухие хрипы в легких) и гиперреактивности бронхов (провоцирующий эффект холодного и влажного воздуха), а также эозинофилия мокроты, указывающая на наличие "эозинофильного" воспалительного процесса в бронхах. Определенное значение имеет также наличие атопического дерматита.

Задача №2

1. Бронхиальная астма, легкое течение, приступный период. Атопический дерматит. Обострение. Поливалентная сенсibilизация.
2. Этиология данной формы заболевания – аллергическая.
3. Аллергологическое обследование – кожное тестирование, определение общего и специфического IgE.

4. Ребенка необходимо показать аллергологу, пульмонологу.
5. Со стороны матери отягощенный аллергологический анамнез.

Задача №3

Бронхиальная астма, средней тяжести, обострение на фоне ОРВИ. Пищевая аллергия.

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Задача №4

1. Правосторонняя сегментарная пневмония, тяжелая, ДН 2ст.
2. Частые ОРВИ.
3. Лечение ребенка возможно только в стационаре.
4. Прогноз благоприятный при своевременном правильном лечении.

Задача №5

1. Острая очаговая пневмония, дыхательная недостаточность I степени.
2. Пневмококк, стафилококк, микоплазма, хламидии, легионелла, стрептококк.
3. При отсутствии положительной динамики.
4. Этиотропная антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.
5. Чувствительность к антибиотикам.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

Задача №6.

Обструктивный бронхит.

Задача №7.

Острый бронхиолит. ДН 2 степени.

Задача №8.

Острый обструктивный бронхит. ДН0.

Ответы к задачам. Раздел «Аллергология»

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

Задача №1.

1. Бронхиальная астма, легкое течение, приступный период. Атопический дерматит. Обострение. Поливалентная сенсibilизация.
2. Этиология данной формы заболевания – аллергическая.
3. Аллергологическое обследование – кожное тестирование; определение общего и специфического IgE в сыворотке.
4. Ребенка необходимо показать аллергологу, пульмонологу.

5. Со стороны матери отягощенный аллергологический анамнез.

Задача №2.

1. Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация. Аллергический энтерит.
2. Антигистаминные препараты - задитен, кетотифен, зиртек, препараты кромоглициевой кислоты.

Задача №3.

1. Нет.
2. Атопический дерматит, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: железодефицитная анемия легкой степени.
3. Отягощенный семейный аллергоанамнез: мать – 29 лет, страдает экземой; отец – 31 год, страдает поллинозом. Токсикоз во время беременности. Ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильный подбор смеси, частая смена молочных смесей. Неправильный прикорм – овсяная каша.
4. Рекомендуются перейти на вскармливание лечебными смесями-гидролизатами на основе продуктов высокого гидролиза молочного белка.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Задача №4

1. Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация.
2. Этиология данной формы заболевания – аллергическая.
3. Аллергологическое обследование – кожное тестирование; определение специфического IgE в сыворотке.
4. Ребенка необходимо показать аллергологу, гастроэнтерологу.
5. Со стороны матери отягощенный аллергологический анамнез.

Задача №5

1. Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация. Аллергический энтерит.
2. Антигистаминные препараты - задитен, кетотифен, зиртек, препараты кромоглициевой кислоты.

Задача №6

1. Нет.
2. Атопический дерматит, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: железодефицитная анемия легкой степени.
3. Отягощенный семейный аллергоанамнез: мать – 29 лет, страдает экземой; отец – 31 год, страдает поллинозом. Токсикоз во время беременности. Ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильный подбор смеси, частая смена молочных смесей. Неправильный прикорм – овсяная каша.

4. Рекомендуется перейти на вскармливание лечебными смесями-гидролизатами на основе продуктов высокого гидролиза молочного белка.

Задача №7

1. Псевдоаллергическая реакция.

2. Механизм развития данной аллергической реакции неиммунный, консерванты способствуют возникновению неаллергической пищевой гиперчувствительности через ингибирование циклоксигеназы.

3. Антигистаминные препараты, сорбенты, биопрепараты.

4. Причина развития может быть связана с употреблением сиропа от кашля, так как в них содержатся консерванты, в частности бензойная кислота и бензоат натрия.

Ответы к задачам. Раздел «КАРДИОЛОГИЯ»

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Задача №1

Клинический диагноз: Изолированный клапанный стеноз легочной артерии.

Задача №2

Клинический диагноз: Коарктация аорты. НК IIб.

Задача №3

Клинический диагноз: Тетрада Фалло.

Задача №4

Клинический диагноз: Открытый артериальный проток

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Задача №5

1. Феохромоцитома - опухоль мозгового вещества надпочечников или экстраадреналовой хромафинной ткани.
2. Исследование катехоламинов в моче (повышение).
3. Дифференциальная диагностика проводится с нефрогенной гипертонией, гипертонической болезнью.
4. Лечение – оперативное.

Задача №6

1. Болезнь Иценко-Кушинга – сложное полиэтиологическое заболевание, основные клинические симптомы которого определяются гиперкортицизмом.
2. Определение показателя кортизола в крови, 17-КС в моче (повышение), глюкокортикоидов.
3. С синдромом Кушинга при опухоли надпочечника, картиностероме.

4. Лечение зависит от тяжести течения заболевания. В легких случаях проводится рентгенотерапия на межпозвоночно-гипофизарную область. При тяжелом прогрессирующем течении болезни – двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией глюко- и минералокортикоидами: парлоделом, хлодитаном у детей старшего возраста.

Задача №7

1. Альдостеронизм (гиперальдостеронизм) – заболевание, вызванное повышением продукции альдостерона, за счет двусторонней гиперплазии клубочковой зоны коры надпочечников.
2. С синдромом Фанкони, гидронефрозом, хроническим пиелонефритом, при которых имеется гипокалиемия, при стойкой гипертензии с феохромоцитомой.
3. Лечение заключается в удалении опухоли клубочкового слоя надпочечника и субтотальной резекции надпочечников при двусторонней гиперплазии и дача верошпирона в сочетании с препаратами калия длительное время.

АРИТМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Задача №8

Клинический диагноз: после операции ушивания ДМПП— СССУ — мерцательная аритмия.

Задача №9

Пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии неврогенного генеза.

Задача №10

1) хронической тахикардии, возникшей после хирургического вмешательства по поводу ушивания вторичного ДМПП.

2) через 6 месяцев после операции в связи с перенесенным ОРВИ вновь появилась тахикардия до 140—150 уд./мин.

3) на ЭКГ — нижнеправопредсердный ритм.

Через год после операции отмечалось трепетание предсердий, с АВ блокадой 2 : 1 (ритм предсердий — 280 уд/мин, ритм желудочков — 140 уд/мин).

Задача №11

Диагноз: синдром удлинения Q—T 0,64 с (Романо—Уорда)

Ответы к задачам. Раздел «НЕОНАТОЛОГИЯ»

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВИЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Задача № 1

1. Оценка по Апгар 3 балла
2. ХВГП. Интранатальная асфиксия тяжелой степени.
3. Санация В.Д.П. сразу после рождения головы, отделение ребенка до прекращения пульсации пуповины, помещение под источник лучистого тепла, обтирание теплой пеленкой, санация ротоглотки под контролем прямой ларингоскопии, интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, ИВЛ дыхательным мешком, кислородотерапия (при необходимости перевод на ИВЛ). Перевод ребенка в ПИТ.

Задача №2

1. Оценка по шкале Апгар 5 баллов
2. Умеренная асфиксия.
3. После пересечения пуповины поместить под источник тепла, насухо вытереть теплой пеленкой, придать правильное положение, отсосать слизь из ротоглотки при помощи электроотсоса, провести тактильную стимуляцию. Если через 30-60 секунд ребенок не дышит – провести ВВЛ с помощью мешка Амбу и лицевой маски; при появлении в течение двух минут самостоятельного дыхания – наблюдение, перевод в палату интенсивной терапии.

Задача № 3

1. Оценка по шкале Апгар 1 балл.
2. Тяжелая асфиксия.
3. После проведения стандартных первичных мероприятий, повторно провести санацию В.Д.П. и начать ИВЛ через лицевую маску дыхательным мешком, при неэффективности – интубация и продолжить ИВЛ в течение 30-60 секунд до восстановления нормальной ЧСС; при падении ЧСС – начать закрытый массаж сердца на фоне ИВЛ и через 30 сек оценить ЧСС; при сохранении неэффективного дыхания и брадикардии менее 60/мин – ввести адреналин 0,01 % из расчета 0,1 мл/кг.

Задача №4

1. 1 б - 3б – 4 балла
2. Острая интранатальная асфиксия тяжелой степени на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода.
3. Симптом аспирации мекония.

Задача №5

1. 4 балла
2. Асфиксия тяжелой степени. Гиповолемический шок. РДС 1 типа. ДН 3
3. Показано проведение АИВЛ

ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКАЯ

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (ГИЭ)

Задача № 6

1. Церебральная ишемия 2 степени; возможны кровоизлияния в структуры мозга гипоксического генеза. Фон: Недоношенность 2 степени. ХВУГП. Внутриутробное инфицирование, угроза реализации.
2. а) клинический анализ крови с определением тромбоцитов, времени свертывания; б) электролиты крови: калий, натрий, кальций, магний; в) сахар крови; г) НСГ (нейросонография); д) осмотр невролога, осмотр глазного дна; е) обследование матери и ребенка на ВУИ.
3. Охранительный режим; дополнительный обогрев (кровать с подогревом, шерстяные носки, шапочка); кормить ребенка из груди матери и докорм при необходимости из рожка. Посиндромная терапия – дегидратационные препараты (верошпирон, триампур, после 3 недели жизни - диакарб с препаратами калия). Средства патогенетической направленности: нейропротекторы (пирацетам, пантогам, глицин), антиоксиданты и антигипоксанты (токоферол, бета-каротин, элькар, актовегин), препараты, улучшающие трофику мозга (пирацетам, актовегин).

Задача №7

1. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, тяжелая форма, коматозный синдром.
2. ИВЛ, оксигенотерапия, посиндромная (симптоматическая) терапия; антигеморрагическая терапия, дегидратация клеток мозга (лазикс, магния сульфат); препараты, улучшающие метаболизм нервной ткани; антигипоксанты и антиоксиданты.
3. У ребенка развился респираторный дистресс-синдром, требующий пролонгированной ИВЛ под клиничко-лабораторным мониторингом.

Задача №8

1. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, подострый период, церебрастенический синдром.
2. Лечебно-охранительный режим; седативная терапия – отвары и настои трав, гомеопатические препараты, ароматерапия, лечебные ванны; ноотропные препараты с седативным эффектом (фенибут, глицин, пантогам); метаболиты и поливитаминные комплексы.
3. Тремор, вздрагивания, спонтанный Моро при судорогах возникают спонтанно, а как проявления гипервозбудимости провоцируются под воздействием внешних факторов (осмотр, боль и др.).

Задача №9

1. Перинатальное ишемическое поражение ЦНС, острый период, средней тяжести, гипертензионно-гидроцефальный (по данным УЗИ). Сопутствующий: Конъюгационная желтуха.

2. Осложнения: Гипоксическая нефропатия. Отмечается повышение резистентности почечных сосудов, нарушение почечного кровотока.
3. В пользу гипертензионно-гидроцефального синдрома говорят следующие клинико-инструментальные данные: беспокойство, частое срыгивание, повышение мышечного тонуса, сухожильных рефлексов; на НСГ – повышение резистентности мозговых артерий, расширение бокового желудочка и увеличена глубина межполушарной щели.

Задача №10

1. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени. Вторичный менингит.
2. Для подтверждения менингита необходимо провести люмбальную пункцию. Возможно увеличение белка, клеточного состава, характерно появление свежих и разрушенных эритроцитов, макрофагов.
3. СМЖ новорожденного: количество клеток от 0 до 35 в 1 мм³ (в среднем – 8 в 1 мм³), преобладание лимфоцитов, белок – от 0,2 до 1,7 г/л (среднее значение 0.9 г/л), глюкоза от 2,2 до 7.4 ммоль/л, соотношение глюкозы к уровню глюкозы в крови – 70-74%.

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача № 11

1. СДР средней тяжести. Первичные ателектазы легких.
Фон: недоношенность 3 степени.
2. Дефицит сурфактанта; незрелость легких и дыхательного центра.
3. Наиболее эффективен СРАР, при отсутствии эффекта – перевод на ИВЛ, введение сурфактанта; щадящее, комфортное выхаживание и адекватное питание.

Задача № 12

2. РДСН 1 типа, гиалиновые мембраны. Фон: недоношенность 3 ст.
3. Кувез с температурой 34°C; периодическая смена положения в кувезе. ИВЛ с параметрами: R=40, PIP = 15 см вод.ст., РЕЕР = 3 см вод. ст., I: E = 1:1, FiO₂ = 0,6. Введение экзосурфа дважды с интервалом 12 час эндотрахеально общая дозировка 5 мл x 2р/сут
4. Внутривенное капельное введение дофамина 2,5 мкг/кг/мин на фоне внутривенной инфузионной терапии 5 % растворами глюкозы и натрия хлорид 0,9% с конца первых суток со скоростью 4 мл/час (80 мл/кг/сут).

Задача №13

1. Синдром аспирации мекония.
2. Необходимо провести санацию трахеи и бронхов через интубационную трубку.
3. Санация дыхательных путей. Санация желудка. Оксигенотерапия под контролем пульсоксиметрии. Респираторная поддержка в

зависимости от тяжести СДР (СРАР, ранний перевод на АИВЛ). Введение антибиотиков. Восполнение ОЦК. Коррекция нарушенного метаболизма. Симптоматическая терапия. Организация правильного ухода и вскармливания.

Задача №14

1. Апноэ недоношенных. ФОН: недоношенность 3 степени.
2. С незрелостью центральных структур, регулирующих дыхание.
3. Причины апноэ: незрелость ЦНС, внутричерепные кровоизлияния, спинальная травма, гипогликемия, электролитные расстройства, сепсис.

Задача №15

1. Оценка по шкале Даунс 5 баллов.

ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача №16

1. Состояние тяжелое. ДН 2 степени.
2. Внутриутробная пневмония. Недоношенность 1 ст.
3. Цефотаксим 50-100 мг/кг/сут каждые 12 час в комбинации с нетромицином 6 мг/кг/сут однократно.

Задача №17

1. Приобретенная ("домашняя") правосторонняя очаговая бронхопневмония, средне-тяжелая, острое течение. ДН 2 степени.
2. Исследование периферической крови; рентгенография грудной клетки; мазок из зева на вирусы и микрофлору; исследование КОС.
3. Лечебно-охранительный режим; щадящее кормление (из рожка нативным материнским молоком); антибактериальная терапия (цефуроксим в комбинации с аминогликозидом); оксигенотерапия через лицевую маску; «Виферон» в свечах.

Задача №18

1. Внутриутробная пневмония тяжелая, ДН 3 ст.
2. В общем анализе крови выявляется выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево; в анализе КОС – гипоксемия, гиперкапния, ацидоз субкомпенсированный.
3. Ребенка необходимо перевести на аппаратную ИВЛ.

Задача №19

1. Приобретенная (госпитальная, вентилятор-ассоциированная ?) пневмония, стафилококковой этиологии, деструктивная, тяжелой формы. Осложнения – Геморрагический синдром (ДВС-синдром?)

2. Выраженный симптом интоксикации, наличие геморрагического синдрома, выраженные воспалительные изменения в анализе крови, изменения на рентгенограмме (полости).
3. Комбинация ванкомицина с аминогликозидами, антибиотики вводить внутривенно, в максимальной терапевтической дозе на фоне иммунокоррекции введением внутривенных иммуноглобулинов.

Задача №20

1. Острый бронхолит, ДН 2 ст.
2. Необходимо дифференцировать с обструктивным бронхитом, бронхопневмонией.
3. Вызывается вирусами, возможно РСВ.

ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Задача № 21

1. Гемолитическая болезнь новорожденного по резус-конфликту, желтушная форма, средней степени тяжести. Фон – умеренная асфиксия.
2. Фототерапия; при нарастании ППБ более 6,8 мкмоль/л – заменное переливание крови.
3. Степень выраженности непрямой гипербилирубинемии, анемия с эритробластозом и ретикулоцитозом, отеки.

Задача № 22

1. Необходимо проведение операции ЗПК. Обоснованием к ОЗПК является то, что, несмотря на проводимое лечение, уровень билирубина превысил критический.
2. Расчет количества препаратов крови: $2 \times \text{ОЦК} \times \text{массу тела} = 2 \times 85 \times 3,5 = 595$ мл ~ 560 мл. Потребуется:
 - эритроцитарной массы O (I) резус-положительной – 370 мл;
 - плазмы АВ (IV) – 190 мл.
3. Ребенок угрожаем по развитию билирубиновой энцефалопатии.

Задача № 23

1. Врожденный гепатит.
2. Механической желтухой, транзиторным неонатальным холестазом, поражением печени при сепсисе.
3. Характерно повышение уровня прямого билирубина, повышение активности печеночных ферментов – АЛТ, АСТ, снижение ПТИ, фибриногена, альбумина.

Задача № 24

1. Желтуха от материнского молока.

2. Необходимо снять с грудного молока на 48 час и при выраженном снижении уровня билирубина и уменьшении желтухи диагноз подтверждается.
3. Развитие ядерной желтухи не бывает даже при высоком уровне НБ.

Задача №25

1. ГБН, осложнившаяся ядерной желтухой.
2. Экстренная операция заменного переливания крови по жизненным показаниям.
3. Ребенок может погибнуть вследствие нарушения витальных функции; у выживших в последующем развиваются тяжелые неврологические расстройства (ДЦП, эпилепсия, умственная отсталость и др.)

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задача №26

1. Врожденная краснуха.
2. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), метод иммуноферментного анализа (ИФА).
3. Триада Грегга: пороки глаз (глаукома, катаракта, микрофтальмия и др.), пороки сердца, глухота.

Задача №27

1. Врожденный сифилис.
2. Серологическое исследование: реакция Вассермана экспресс-методом матери и ребенку, реакция иммунофлюоресценции (РИФ), реакция иммобилизации бледной трепонемы (РИБТ).
3. Этиотропное лечение препаратами пенициллина в течение 14 дн.

Задача №28

1. Врожденный токсоплазмоз.
2. РСК с токсоплазменным антигеном матери и ребенку, метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), метод иммуноферментного анализа (ИФА).
3. Препараты пиримидина (хлоридин, дараприм) 5 дней + сульфадимезин – 7 дней. Провести 3 таких курса с интервалом 10 дней.

Задача №29

1. Врожденная инфекция герпетической этиологии..
2. Инфицирование произошло в интернатальном периоде . Для предупреждения инфицирования нужно было произвести Кесарево сечение
3. В/в ацикловир.

Задача №30

1. ВУИ предположительно ЦМВ этиологии.
2. О остром течении заболевания свидетельствуют наличие Ig G
3. Внутривенно специфический иммуноглобулин цитотек, нецитотек.
При тяжелом течении ганцикловир.

СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ

Задача № 31

1. Сепсис новорожденного, начальный период.
2. В настоящее время превалирует общий интоксикационный синдром: «страдальческое выражение лица, серый колорит кожи, склерема, анорексия, срыгивания, снижение массы тела, вздутие живота, патологический характер стула.
3. Экстренная госпитализация в специализированное отделение для новорожденных.

Задача № 32

1. Пузырчатка новорожденных.
2. Возбудителями являются стафилококки (чаще) и стрептококки.
3. Обязательна госпитализация в отделение патологии новорожденных. Показано проведение антибиотикотерапии оксациллином или цефалоспоридами 1-2 поколения. В тяжелых случаях – проведение дезинтоксикационной терапии и иммунотерапии (иммуноглобулин человеческий или стафилококковый). Местное лечение: пузыри прокалывают стерильной иглой, не допуская попадания содержимого на участки здоровой кожи; обработка кожи 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, анилиновых красителей, 5% раствором калия перманганата.

Задача № 33

1. Пупочный сепсис, септикопиемия: пневмония двухсторонняя деструктивная, тяжелая; пиелонефрит, энтероколит, геморрагический синдром; менингит (?). Фоновое состояние: недоношенность 1 степени.
2. Необходимо провести бактериологическое исследование крови, мочи, СМЖ для уточнения этиологии; исследование крови на маркеры системной воспалительной реакции: СРБ, прокальцитонин, интерлейкин.
3. Показана антибактериальная терапия по типу дезэскалационной: назначение двух антибиотиков широкого спектра действия, разнонаправленного действия, с бактерицидным типом активности, которые хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер. С учетом предполагаемой стафилококковой этиологии –

ванкомицин (или меропенем или линезомид) в комбинации с аминогликозидами. Параллельно назначают противогрибковыми препаратами и пребиотики. Антибиотики вводятся в «менингеальных» дозах, внутривенно.

Задача № 34

1. Сепсис постнатальный, грибковый, кандидозный менингоэнцефалит, кандидоз кожи и слизистых, кандидоз мочевой системы, гипертензионно-гидроцефальный синдром, анемия. Фоновое состояние: Недоношенность. Реконвалесцент пневмонии (пневмония в неонатальном периоде).
2. Глубокая незрелость, длительная антибактериальная терапия (очевидно антибиотиками широкого спектра действия), пребывание в неонатальном периоде реанимационном отделении.
3. Назначают внутривенно противогрибковую терапию: дифлюкан в сочетании с амфотерицином В. Лечение проводят совместно с неврологом и нейрохирургом.

Задача № 35

1. Гнойный менингит.
2. Инфицирование вероятно произошло в интранатальном периоде и возбудителем заболевания является материнская флора (с большой степенью вероятности – стрептококк В или листерия).
3. С учетом предполагаемого возбудителя и очага инфекции назначается комбинация ампициллина с нетромицином или цефтриаксона с нетромицином в максимальных дозах («менингеальных»), с внутривенным путем введения препаратов.

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Задача №36

1. СДР 3 степени. Недоношенность 4 степени.
2. Тактика ведения - после оказания неотложных мероприятий перевести ребенка на ПИТ, поместить в кувез с $t 35,5^{\circ}\text{C}$, провести интубацию трахеи, ввести сурфактант и продолжить АИВЛ. В первые сутки жизни по тяжести ДН не кормить.
3. Физиологическая потребность жидкости в 1-е с. жизни 70 мл/кг Натрий и калий не вводятся до стабилизации диуреза. Кальций в виде 10 % кальция

глюконата- 1 мл/кг; магний в виде 25% р-ра магния сульфата- 0,1-0,2 мл/кг. Всего: 70 мл 5% глюкоза со скоростью 3,4 мл/кг/ч, в общий объем добавить 1,2 мл рассчитанных электролитов.

Задача №37

1. Общий объем жидкости - $100 \text{ мл/кг} \times 1,2 \text{ кг} = 120 \text{ мл}$. С глюкозой он энтерально получает $3,0 \times 8 = 24 \text{ мл}$ 5% глюкозы. Внутривенно должен получать $120 \text{ мл} - 24 \text{ мл} = 96 \text{ мл}$.
2. Дополнительное ведение электролитов предположительно 16 мл. Потребность в калии составляет 2 (3) моль/кг - $2 \text{ ммоль} \times 1,2 \text{ кг} = 2,5 \text{ ммоль}$, что соответствует 2,5 мл 7,5 % раствора калия хлорида. Потребность в магнии- 0,1 мл/кг, что соответствует 0,12 мл 25% раствора сульфата магния. Потребность в кальции составляет 1 мл/кг, что составляет 1,2 мл 10% раствора глюконата кальция. Вводимые внутривенно препараты разводятся в 12 мл физиологического раствора и дополнительного введения физиологического раствора не предусматривается.
3. Потребность в энергии составляет 40 ккал/кг, что равняется 48 ккал/сут. Энтерально получает 24 мл 5% глюкозы, что содержит 1,2 глюкозы, которая соответствуют 5 ккал. Необходимо с целью восполнения потребности в энергии назначить ЧПП аминокислотами из расчета 0,5-1,0 г/кг и рассчитать концентрацию глюкозы.

Задача №38

1. Недоношенность 4 степени. Экстремально низкая масса тела.
2. Нежеланная беременность, возможно криминальное вмешательство.
3. После оказания реанимационных мероприятий в родзале на транспортном кувете перенести ребенка ОРИТН. Респираторная поддержка - введение сурфактанта и перевод на АИВЛ.

Задача №39

1. Недоношенность 3 степени. ХВГП. Интранатальная асфиксия тяжелой степени.
2. Санация В.Д.П, сразу после рождения головы, отделение ребенка до прекращения пульсации пуповины, помещение под источник лучистого тепла, обтирание теплой пеленкой, санация ротоглотки под контролем прямой ларингоскопии, интубация трахеи, лаваж трахеобронхиального дерева, продленная интубация, оксигенотерапия (при необходимости перевод на ИВЛ).
3. Возможно развитие аспирационной пневмонии. Нуждается в проведении АИВЛ и комбинированной антибиотикотерапии (цефалоспорины+аминогликозиды).

Задача №40

1. Недоношенность 3 степени.

2. На 6-й день должен получать сцеженное грудное молоко по 15 мл 8 раз в сутки через постоянный назогастральный зонд под контролем остаточного желудочного содержимого.

3. Из роддома выездной реанимационной бригадой на реанимобиле должен быть переведен в отделение 2 этапа выхаживания детской больницы.

Ответы к задачам. Раздел «ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ»

Задача №1.

1. Вирусный гепатит С, лёгкая форма.

2. Дифференциальный диагноз клинически сложен. Отдифференцировать поможет ПЦР, с помощью которой определяют РНК вируса гепатита С, что свидетельствует об активности процесса. Методом ИФА можно определить антитела к структурным и неструктурным белкам вируса НС, но это не говорит об активности процесса.

3. Какие изменения в анализах подтверждают диагноз.

Обнаруженные серологические маркеры вируса НС в сыворотке крови, особенно РНК вируса НС+ подтверждают диагноз, а отрицательные результаты исследования на маркеры вирусов гепатита А и В позволяют их исключить.

4. Данных УЗИ в задаче нет. При лёгкой форме гепатита С печень увеличена, эхогенность нормальная, эхоструктура паренхимы однородная, но учитывая коварность ГС возможны и др. вариации.

5. Причина насыщенного цвета мочи - наличие в моче уробилина и желчных пигментов. При вирусных гепатитах повышается концентрация конъюгированного билирубина крови, который выделяется с мочой в виде желчных пигментов, придающих жёлтый цвет моче.

6. Полупостельный режим 10 дней. Стол - печёночный. Магния сульфат 5% по I д. ложке 3 раза внутрь, витамины (В1, В2, В6, С), ундевит по 1 драже 2 раза. Обильное питьё (5% р-р глюкозы, минеральная вода «Гиб», «Кармадон» - 2 недели). Интрон А с ребетолом, Перинтрон а2.

Задача №2.

1. Скарлатина типичная, среднетяжелая форма.

2. Гемолитический стрептококк группы А

3. Интоксикация, сухость кожи, мелкоточечная сыпь, бледный носогубный треугольник, отграниченная яркая гиперемия мягкого неба, ангина, белый дермографизм, шелушение кожи, регионарный лимфаденит, «малиновый» язык, тахикардия, повышение АД, с 4-5 дня – брадикардия, снижение АД, нередко «инфекционное сердце».

4. Экзотоксин гемолитического стрептококка вызывает появление мелкоточечной сыпи на гиперемизированном фоне кожи. При микроскопии обнаруживаются мелкие очажки поражений по типу периваскулярной инфильтрации и умеренного отека дермы. Сыпь – одно из проявлений токсической линии патогенеза.

5. Ангина обусловлена воздействием микроба. Она проявляется гнойными и некротическими изменениями (септическая линия патогенеза).
6. Дифференциальный диагноз. При псевдотуберкулёзе, иерсиниозе – бывают боли в животе, полиартрит; сыпь полиморфная на неизменном фоне кожи, отмечаются симптомы “капюшона”, “перчаток” и “носков”, нет ангины. При скарлатине не бывает желтухи, увеличения печени и селезенки. При менингококкцемии, в отличие от скарлатины, бурное начало, сыпь геморрагическая, обильнее на ногах и бедрах, сыпь от точечных до крупных кровоизлияний, звездчатая, могут быть артриты, увеит, циклохориоидит. Потница в отличие от скарлатины характеризуется появлением высыпаний в местах повышенной потливости, при охлаждении ребенка гиперемия кожи меньше. Лекарственная сыпь в отличие от скарлатинозной более грубая, на неизменном фоне кожи, больше на разгибательных поверхностях конечностей, не щадит носогубный треугольник. При стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом сыпь появляется при наличии гнойного очага, насыщенности кожных складок нет, нет яркой ангины.
7. В анализах крови характерные для скарлатины изменения – лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ. В анализах мочи много слизи, что свидетельствует о начинающемся воспалении в мочевыводящих путях. В посевах слизи из зева выделен возбудитель скарлатины – гемолитический стрептококк.
8. Нуждается.
9. Лечение. Режим постельный, диета полноценная, витаминизированная, механически щадящая (Стол 4, кефир 200,0). Пенициллин 500 т Ед. х 2 раза в/м, орошение ротоглотки р-ром фурациллина 1:5000 х 4 раза, тавегил 1/3 т. х 2 раза внутрь, глюконат Са 0,5 х 3 раза внутрь, ревит х 1 др. х 2 раза внутрь.

Задача №3.

1. Шигеллез (гастроэнтероколит), среднетяжелая форма, токсикоз с эксикозом I (изотонический). Предположительно – шигеллез Зонне. Сопутствующий диагноз – энтеробиоз.
2. Анализ кала на кишечную группу, РПГА с комплексным шигеллезным Зонне и Флекснера диагностикумом.
3. Тип диареи – инвазивный. Патогенез: шигеллезный токсин в энтероцитах активировал аденилатциклазу, содержащуюся в мембранах клеток и катализирующую расщепление АТФ до циклического АМФ. Это способствует выбросу из клеток воды и электролитов. Однако, основную роль в развитии диареи играет воспалительный процесс в кишечнике.
4. Возможный источник заражения - мать ребёнка, путь инфицирования – пищевой.
5. Нет.
6. Консультация невропатолога.

7. Диета в день поступления – Кефир 200,0 х 2 раза, Бифидокефир 200,0 в несколько приемов, рисовая каша на половинном молоке 200,0 х 2 раза, по аппетиту.

8. Этиотропная терапия – Эрцефурил 1 ч.л. х 3 раза внутрь. Интенсификация этиотропного лечения – смекта х 3 раза, лактобактерин 5 доз 3 раза за 40 мин. до еды. Лечение энтеробиоза при улучшении состояния – пирантел 10 мг/кг 1 раз, через 2 недели повторить.

Задача №4

1. Дифтерия ротоглотки локализованная, островчатая форма.

2. Характеристика возбудителя.

Возбудитель относится к роду *Corynebacterium*, ввиду коринобактерия дифтерии, включающий как токсигенные, так и нетоксигенные дифтерийные палочки. Дифтерия вызывается только токсигенными штаммами, которые выделяют сильнодействующий экзотоксин, нарушающий синтез белка в клетках, в результате клетка погибает.

Дифтерийные палочки 3,0 – 0,8 мкм, располагаются под углом в виде цифры У или в виде войлока. На концах палочки имеются утолщения, они устойчивы во внешней среде, при температуре 58 гр. они погибают, чувствительны к дезсредствам, хорошо выносят высушивание, различают тип гравис – наиболее токсичный, тип митис и интермедиус. Полного параллелизма между типом и тяжестью нет.

3. Изменения со стороны ЛОР-органов. Небольшой отек и легкая гиперемия миндалин, небных дужек, налеты на миндалинах в виде островков, налеты хотя и легко снимались, но полностью не растирались, что говорит о фибринозном характере налетов.

4. Входные ворота – слизистая ротоглотки, носа, гортани, реже глаз, половых органов и поврежденных тканей, пупочная ямка. Большое значение имеет наличие антитоксического иммунитета, тогда заболевание не возникает, бывает бактерионосительство. Если низкий уровень антитоксического иммунитета, или он отсутствует экзотоксин дифтерийной палочки проникает внутрь клетки, с этим связано общее и местное действие токсина

Дифтерийный токсин – это нейротоксин, замедляет синтез белка, вызывает коагуляционный некроз эпителия слизистой, расширяет кровеносные сосуды, увеличивает их проницаемость, замедляется ток крови. Происходит выпотевание экссудата богатого фибриногеном и превращение его в фибрин под действием тромбина, высвобождающейся при некрозе эпителия. Фибринозное воспаление может быть крупозным (в дыхательных путях), дифтеритическая пленка здесь легко отделяется и воспаление может быть дифтеритическим на слизистой с многослойным эпителием – в ротоглотке, где поражение более глубокое, фибринозный выпот проникает в подлежащие ткани, пленка плотно соединяется с ними. Проникновение токсина вглубь по лимфатическим путям вызывает отек слизистых оболочек, воспаление в регионарных лимфатических

узлах, отек может распространяться на подкожную клетчатку, который может достигать значительных размеров.

При крупозном воспалении токсических форм не бывает, так как пленка легко отторгается. Общий токсикоз связан с проникновением токсина в кровь. Бактериемия наблюдается редко и не играет существенной роли. В патогенезе токсических форм играет роль предшествующая сенсibilизации. Характерно избирательное поражение надпочечников, почек, сердечно-сосудистой системы (гемодинамические нарушения миокарда), периферических нервов (паралич мягкого неба, мышц шеи, туловища).

В результате перенесенной инфекции развивается антитоксический иммунитет, достаточно напряженный, но не стойкий, развивается и антибактериальный иммунитет.

5. Дифференциальный диагноз локализованных форм дифтерии.

При лакунарной ангине отмечается значительная болезненность при глотании, яркая гиперемия зева, наложения в лакунах беловато-желтые, рыхлые, легко снимаются и растираются. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены, уплотнены, болезненны, выражены симптомы интоксикации и высокая температура.

Фолликулярная ангина у детей встречается редко и мало чем напоминает дифтерию: высокая температура, выраженная интоксикация, боли в горле, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалин, под слизистой желтоватые нагноившиеся фолликулы, увеличены регионарные лимфоузлы, болезненны.

Некротическую ангину отличает яркая гиперемия ротоглотки, резкая болезненность при глотании, значительное увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов, высокая температура, выраженная интоксикация, яркая гиперемия щек, бледный носогубный треугольник, «малиновый» язык, мелкоточечная сыпь.

При грибковой ангине наложения белые, островчатые, располагаются поверхностно на миндалинах и других участках слизистой, легко снимаются, растираются. Слизистая ротоглотки мало изменена, регионарные лимфоузлы не увеличены.

6. Лечение: ввести противодифтерийную сыворотку по Безредке в/м 10000 АЕ вильрафен суспензия 30-50 мг/кг в сутки в 3 приема или рулид, дурацеф 50 мг/кг в сутки в 2 приема. Десенсибилизирующие препараты (димедрол 0,015 1 раз, тавегил по ½ т. 2 раза, фенкарол 0,1 2 раза в день). Витамины. Выписка после исчезновения налетов и отрицательных результатов бак.исследования слизи из зева и носа, в среднем через 14-21 день. Диспансеризация 3 месяца.

Задача №5

1. Корь типичная, средней тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании типичных симптомов: в катаральном периоде интоксикация, катар верхних дыхательных путей, конъюнктивит с постепенным усилением к моменту высыпания, этапность распространения сыпи, ярко-розовая обильная сыпь, местами сливная.

3. Поражение слизистой оболочки глаз и кожи вызывается вирусом кори с дистрофическими изменениями в них клеток. Поражение кожи проявляется очагами периваскулярного воспаления. Воспалительные фокусы на коже располагаются на значительном расстоянии друг от друга, имеют крупные размеры.

4. После возникновения вируса в эпителий респираторного тракта, там формируются многоядерные гигантские клетки с ацидофильными включениями. При возникновении пневмонии в альвеолах обнаруживаются гигантские клетки с ацидофильными включениями – специфическая реакция организма на коревой вирус. Однако, и при ранних пневмониях этиологическим началом нередко являются микробы наряду с вирусом кори. Поздние пневмонии вызываются вторичной микробной инфекцией, а вирус кори является только “протравой”.

5. Дифференциальный диагноз. Краснуха отличается от кори одновременным появлением сыпи (в течение одного дня), отсутствием перехода ее в пигментацию, более мелкие размеры экзантемы, без тенденции к слиянию. Катаральный и интоксикационный синдромы выражены слабо. При энтеровирусной экзантеме нет цикличности в развитии заболевания, сыпь может появиться при нормальной температуре тела, не дает перехода в пигментацию, может быть увеличение печени, миокардит, диарея. При псевдотуберкулезе отсутствует этапность высыпания, нет перехода сыпи в пигментацию, характерно острое начало с симптомов интоксикации без катаральных явлений и без пятен Филатова-Коплика, полиморфизм (артралгии, боли в животе, гепатоспленомегалия), длительное течение болезни и возникновение рецидивов. При скарлатине продромальная сыпь (реш) может быть мелкоточечной, как при кори, но она быстро сменяется типичной пятнисто-папулезной сыпью. Отсутствуют катаральные явления, нет пятен Филатова-Коплика. При менингококкцемии бурное начало, сильная головная боль, повторная рвота, менингеальные симптомы. Сыпь появляется в первые часы заболевания, сразу по всему телу, локализуется в основном на нижних конечностях, ягодицах, быстро приобретает гемморагический характер. При инфекционном мононуклеозе ампициллиновая сыпь характеризуется одновременным высыпанием, не переходит в пигментацию, нет интоксикации слизистые конъюнктив и щек чистые.

6. Цитоскопия носового отделяемого, вирусологические методы, серологические методы (РТГА, РПГА) – кровь на парные сыворотки (1-я не позже третьего дня высыпания, 2-я через 10/14 дней после взятия первого), ИФА – обнаружение противокоревых антител.

7. Рентгенография легких и сердца.

8. ЛОР – врача.

9. Лечение. Режим 1, стол 3 (молочно-растительный, витаминизированный), кефир 200, обильное питье. Пенициллин 400 т. Ед х 3 раза в/м, ревит 1 др х 2 раза внутрь, аскорбиновая к-та 5% - 1,0 в/м, 2% протаргол по 2 кап. х 3 раза в каждый носовой ход, микстура от кашля д. ложка х 3 раза, пентоксил 0,015 х 3 раза внутрь, глюконат Са 0,5 х 3 раза внутрь.

Задача №6

1. Сальмонеллез, гастроэнтерит, среднетяжелая форма, токсикоз с эксикозом 2-й степени (вододефицитный).

2. Предполагаемая этиология – сальмонелла энтеретидис, которая в последние годы является ведущим возбудителем. Характерен эпид. анамнез – за 6 час. до заболевания употребление пирожков с мясом. Клинически – многократная рвота, обложенность языка, вздутие живота, болезненность в области эпигастрия и пупка, стул энтеритный, зловонный, цвет – “болотной тины”. В анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево до палочкоядерных, СОЭ увеличена.

3. Возможный источник – животные (коровы, свиньи, овцы), мясо которых использовано в приготовлении пирожков. Путь инфицирования - пищевой.

4. Диарейный синдром – результат совокупного действия эндотоксинов, бактериальных тел и возможно, экзотоксина на слизистую кишечника, сосудисто-нервный аппарат. Ведущим фактором является воспалительный процесс, приводящий к нарушению перистальтики кишечника, процессов пищеварения и всасывания, накоплению в просвете кишечника осмотически активных веществ, препятствующих всасыванию воды и электролитов. Гиперсекреция эпителия с энтеросорбцией при сальмонеллезе в большинстве случаев имеет второстепенное значение.

5. В анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофиллёз со сдвигом влево, аэозинофилия, умеренно ускоренная СОЭ. В анализе мочи – ацетонурия, связанная с нарушением процесса окисления жирных кислот из-за снижения резервов гликогена при токсикозе.

6. Анализ кала на кишечную группу, РНГА с комплексным шигеллёзным и сальмонеллёзным антигеном.

7. Этиотропная терапия: клафоран 500 т. х 3 раза в\м, гентамицин 80 мг 3 раза внутрь. Интенсификация: смекта 3,0 х 3 раза, бифидумбактерин 10 доз х 3 раза за 40 мин до еды или пробифор 1 пакет 2-3 раза в день

Задача №7

1. Паротитная инфекция, железистая форма (2-х сторонний паротит, правосторонний орхит).

2. Выделение вируса из слюны, крови. Серологическая диагностика – РСК в парных сыворотках, особенно нарастание титра антител в динамике заболевания (диагностический титр 1:80), ИФА – обнаружение антител иммуноглобулинов М.

3. Хирурга.

4. ЦНС, поджелудочной железы, подчелюстных слюнных желез, подъязычной слюнной железы, простаты, грудных желез, яичников, слезной железы, щитовидной железы.

5. Острые паротиты на фоне общего тяжелого состояния (сепсис, брюшной тиф) или на фоне местной гнойной инфекции (стоматит) – обычно гнойные, более резкая болезненность, при этом железа плотная, кожа гиперемирована, затем появляется флюктуация. В крови лейкоцитоз нейтрофильного характера в отличие от лейкопении и лимфоцитоза при вирусном паротите. Токсические

паротиты (отравление ртутью, свинцом) у детей редки, развиваются медленно, выявляются другие признаки отравления. Слюнокаменная болезнь – чаще у взрослых, опухоль околоушной железы с одной стороны, заболевание развивается постепенно, без гипертермии, и имеет рецидивирующее течение, помогает в диагностике сиалография. Токсическая дифтерия ротоглотки отличается выраженными изменениями в ротоглотке. Инфекционный мононуклеоз – увеличение лимфоузлов, а не слюнных желез, ангина, увеличение печени и селезенки, в периферической крови – лейкоцитоз, атипичные мононуклеары. Орхит нетрудно диагностировать при наличии паротита.

6. Катаральный отит, пневмония, парезы, параличи, поражение черепно-мозговых нервов, особенно слухового.

7. В анализе крови типичные для паротитной инфекции изменения отсутствуют (лейкопения, лимфоцитоз). Общий анализ мочи без патологии.

8. Лечение. Режим 1, диета молочно-растительная, механически и химически щадящая, обильное питье, полоскание рта после еды 2% р-ром соды. Сухое тепло на слюнные железы (ватно-марлевая повязка), ношение суспензория по поводу орхита, местно холод. Пенициллин 1 млн. Ед х 3 раза в/м, димедрол 0,05 х 3 раза внутрь, анальгин 0,25 х 3 раза внутрь, преднизолон 20 мг х 4 раза внутрь (коротким курсом), аспаркам 1т. х 3 раза внутрь после еды, ревит х 1 др. 3 раза, глюконат Са 1,0 х 3 раза внутрь.

Задача №8

1. Энтерогенный эшерихиоз О-124 (гастроэнтерит), тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени (вододефицитный).

2. В анализе кала на кишечную группу выделены E. Coli O-124.

3. Возможный источник инфекции больные или бактериовыделители, главным образом, дети в окружении ребенка. Путь заражения – контактно – бытовой.

4. Смесь «Хумана ГА-1» по 50,0 х 10 раз (через 2 часа).

5. Оральная регидратация из расчета 100 мг/кг – 600 мл регидрона на 6 часов, дробно (первичная регидратация). При положительном эффекте – поддерживающая регидратация до прекращения диареи (100 мл/кг в сутки – 600 мл регидрона по 1 ч.ложке через 5-10 минут). При ухудшении состояния – в/в регидратация из расчета физ.потребности, дефицита массы, продолжающихся потерь в виде рвоты, жидкого стула, с высокой температурой тела: физ.потребность суточная – 130 мл, в виде жидкого стула – 30 мл/кг – 180 мл, с высокой температурой тела (на каждый градус после 37 – 10 мл/кг) – 60 мл. Всего 360 мл.

6. Этиотропная терапия – антибиотики: клафоран 200 мг х 3 раза в/м, гентамицин 20 мг х 3 раза в/м, КИП – 1 доза х 2 раза.

Патогенетическая терапия. Для проведения оральной регидратации используется регидрон, цитроглюкомолан, «Детский лекарь». При проведении инфузионной терапии стартовый р-р 5-10 5 р-р глюкозы. Соотношение глюкозы к солевым р-рам 3:1, соотношение коллоидов к глюкозо-солевым растворам 1:2 (1:3). Первое в/в капельное введение: реополиглюкин 60 мл, 10 % р-р глюкозы 180 мл, инсулин

2,5 ед. в/в, аскорбиновая кислота 5 % - 1,0 в/в, ККБ 25 мг в/в, преднизалон 12 мг в/в, контрикал 5 т. Ед в/в, 4 % р-р калия хлорида 10 мл. в/в после появления диуреза, 4 % р-р гидрокарбоната натрия – 12,0 в/в, 10 % р-р глюконата кальция 6,0 в/в, 25 % р-р магния сульфата 0,2 в/в. В первые 8 часов инфузионной терапии компенсируем $\frac{1}{2}$ дефицита жидкости, вводим $\frac{1}{2}$ суточных потребностей воды и электролитов, коррегируем продолжающиеся потери. В дальнейшие 9-24 часа восполняем оставшийся дефицит жидкости, вводим $\frac{2}{3}$ возрастных потребностей в воде и электролитах. С улучшением состояния переводим на оральную регидратацию, расширяем объем кормления. Интенсификация лечения: бифидумбактерин 5 доз 2 раза, смекта 3,0 в несколько приемов. Сопроводительная терапия: нистатин 100 т. Ед. 3 раза внутрь, ревит $\frac{1}{2}$ драже 1 раз внутрь, лизоцим 10 мг 5 раз внутрь, литическая смесь (анальгин 50 % - 0,1, папаверин 2% - 0,1, димедрол 1 % - 0,5 в/м).

7. Консультация реаниматолога, хирурга.

8. Исход, как правило, благоприятный, но процесс выздоровления может затянуться до 1,5 мес. Прогноз неблагоприятный, если возникает ангидремический гиповолемический шок, на фоне которого может развиваться тромбеморрагический синдром.

Задача №9

1. **Полиомиелит**, можно поставить острые вялые параличи (ОВП), это как предварительный диагноз. Окончательный диагноз формируется комиссионно на основании клинических и лабораторных данных в соответствии с международной классификацией.

2. Предполагается этиология – «дикий» вирус полиомиелита, возможно вирус вакцинального происхождения.

3. Нуждается в консультации невропатолога.

4. Клиническая форма болезни: Острый паралитический полиомиелит, спинальная форма, паралитический период

5. Вирус проникает через слизистые оболочки рта. Первичная репродукция происходит в слизистой оболочке полости рта и тонкого кишечника, в лимфатических узлах и пейеровых бляшках. Из лимфатической системы вирус проникает в кровь и гематогенно проникает в ЦНС, распространяясь вдоль аксонов периферических нервов и далее вдоль волокон двигательных нервов. Наиболее чувствительны клетки передних рогов спинного мозга, деструкция которых вызывает развитие паралича. Проникновение вируса в нервную систему отмечается не более чем у 1 % инфицированных, у остальных развиваются непаралитические формы заболевания или вирусоносительство. В пораженных клетках спинного мозга отмечаются деструктивные изменения, клетки гибнут. При гибели $\frac{1}{3}$ мотонейронов наблюдается полный паралич тех мышц, которые иннервируются пораженным участком нервной системы. Чаще страдают поясничный отдел, могут поражаться ядра продолговатого мозга. В мышцах, иннервируемых пораженным участком нервной системы развивается атрофия.

6. В периферической крови небольшая лейкопения, палочкоядерный сдвиг, небольшой моноцитоз. В моче следы белка.

7. Можно ли думать о менингите. – НЕТ.

8. В первые дни болезни проводится дезинтоксикация и дегидратация (лазикс 1-3 мг/кг в сутки, маннитол 1-1,5 г сухого в-ва на кг). Концентрированная плазма 10 мл/кг, гаммаглобулин. При болевом синдроме ацетилсалициловая кислота по 10 мг/кг для детей раннего возраста и по 10-15 мг/кг для детей старшего возраста, разовая доза. Анальгин 10 мг/кг х 1-4 раза в день, 0,1 мл/ год жизни 50% р-ра анальгина, в/м.

По окончании паралитического периода 0,05 % р-р прозерина в разовой дозе, 0,018 мл/кг для новорожденных, 1-5 лет – 0,016 мл/кг, 6-10 лет – 0,014 мл/кг п/к, в/м. Разовую дозу можно повторить через 30 минут, но не более 3 раз в сутки. Внутрь 1 мг/год, не более 10 мг. Дибазол 1 % 0,05 мл/кг в/м. Внутрь дибазол 0,5-1 мл/год в 2-3 приема. Можно галантамин. Эти средства назначают последовательным курсом. Показан витамин В12.

Лечебная физкультура: массаж, УВЧ, электростимуляция пораженных мышц, ритмическая фарадизация или гальванизация, горячие укутывания.

Через 3-6 месяцев курортное лечение (грязи, морские купания). При выраженных деформациях ортопедические мероприятия.

Задача №10

1. Вирусный гепатит А, типичный, лёгкая форма.
2. Подтверждают диагноз повышение общего билирубина, преимущественно за счёт конъюгированной фракции. Повышение АсАТ, АлАТ и тимоловой пробы. Обнаружены маркеры вирусного гепатита А - анти-HAV Ig класса М (+).
3. Данные УЗИ свидетельствуют о поражении печени (увеличение печени, нормальная эхогенность).
4. Причина тёмной мочи: вирус с пищевыми массами, водой, слюной попадает в желудок, тонкий кишечник, где он внедряется в порталный проток и через родственные рецепторы в гепатоциты, повышается проницаемость в результате взаимодействия вирусов и веществ, принимающих участие в детоксикации. Возникает центральное звено патогенеза - синдром цитолиза. Происходит движение в-в по градиенту концентрации. Концентрация печёночных ферментов выше в гепатоцитах, чем во внеклеточном пространстве, в сыворотке крови повышается концентрация печёочно-клеточных ферментов с цитоплазматической, лизосомальной, митохондриальной локализацией, их концентрация внутри гепатоцитов снижается, понижается биоэнергетический режим биохимических превращений. Это ведёт к нарушению всех видов обмена (белковый, пигментный, жировой, углеводный и пр.). Нарушается способность печени синтезировать альбумины, факторы свёртывания, витамины и др., затрудняется экскреция конъюгированного билирубина, резко нарушается детоксикационная функция печени. Активируются кислые гидралазы. Завершением является некротизирование печёночной клетки, стимулируются Т и В-системы иммунитета. Механизм аутоагрессии при гепатите А в полной мере не

реализуется, поэтому тяжёлых форм при А гепатите практически не бывает. При вирусных гепатитах повышается количество конъюгированного билирубина в крови, который выделяется с мочой в виде желчных пигментов, придающих моче тёмный цвет, степень окраски зависит от уровня билирубина в крови.

5. Заражение произошло в детском саду, где были случаи гепатита.

6. Лечение. Полупостельный режим 10 дней. Печёночный стол (№5), диета полноценная, легко усвояемая. Желчегонная препараты: кукурузные рыльца, 5% р-р сульфата магния по 1 д. ложке х 3 раза. Витамины: В1, В2, В6, С. Обильное питьё: 5% р-р глюкозы, минеральная вода - 2 недели. Дополнительные условия - строгий санитарно-гигиенический режим, избегать суперинфекции, госпитализация в бокс при невозможности лечить дома.

Задача №11

1. Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, средне-тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени (вододефицитный).

2. Тип диареи - осмотичный. Патогенез: ротавирус проникает в энтероциты, где он размножается и вызывает разрушение эпителия ворсинок, где происходит синтез дисахаридаз, главным образом лактазы. В просвете кишечника накапливаются нерасщепленные дисахариды, которые вместе с невсосавшимися простыми сахарами попадают в толстый кишечник, вызывают повышение осмотического давления в ее просвете, что привлекает воду и электролиты в просвет кишечника и препятствует их всасыванию. Возникает водянистая диарея.

3. Энтеропатогенный эшерихиоз характеризуется длительной температурой, бледностью, вздутием живота, каловым характером стула без резкого запаха, нет выраженного урчания. Гастроинтестинальная форма сальмонеллеза – выраженный токсикоз, упорная рвота, зеленый слизистый стул, нередко с примесью крови, в анализах крови выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево до юных миелоцитов, СОЭ умеренно увеличена. Холера – частый (без счета) стул в виде рисового отвара, без запаха, быстрое развитие дегидратации со снижением тургора кожи, сухость слизистых, сильная жажда, нормальная температура тела, падение сердечнососудистой деятельности, диуреза. Энтеровирусная диарея – нет частой рвоты, пареза кишечника, урчания, императивных позывов на дефекацию, зловонного стула. При энтеровирусной инфекции часто герпетическая ангина, миалгия, серозный менингит и др.

4. Анализ кала на ротавирусы, ИФА, РПГА (2-4-х кратное нарастание титра антител в парных сыворотках).

5. Степень эксикоза II. расчет жидкости для оральной регидратации :

Вес 15 кг. Первичная регидратация 100 мл/кг в первые 6 часов, дробно 1500 мл., затем поддерживающая – 100 мл/кг в сутки до прекращения диареи.

6. Показания для инфузионной терапии – неэффективность оральной регидратации. Состав капельницы: реополиглюкин 150,0, 10 % р-р глюкозы 150,0 в/в капельно, инсулин 3 ед. в/в, ККБ 50 мг в/в, аскорбиновая кислота 5 % - 2,0 в/в, преднизолон 30 мг в/в, хлористый калий 4 % - 15,0 в/в, хлористый кальций 10 % - 5,0 в/в, 25 % сульфат магния – 1,0 в/в.

7. Диета в день поступления: кефир 200,0 х 2 раза, бифидокефир 200,0 в несколько приемов, рисовая каша 200,0 х 2 раза по аппетиту.

8. Этиопатогенетическое воздействие:

АРИК – 1 доза х 2 раза внутрь, курс 10 дней, лактобактерин 5 доз х 3 раза внутрь за 40 мин. до еды, имодиум ½ капсулы х 2 раза, 1-2 дня, ревит 1 др. х 2 раза внутрь, фестал ½ т. х 3 раза внутрь.

9. Консультация ЛОР врача.

10. Клиническое выздоровление, отрицательный результат вирусологического обследования. Допускается в детсад со справкой о выздоровлении, диспансерное наблюдение – 1 месяц.

11. Экстренное извещение в СЭС, текущая и заключительная дезинфекция. Выявление и обследование контактных, мед. наблюдение 7 дней, с профилактической целью контактным назначается КИП.

12. Несколько предложений для проведения вакцинации. Одно из них – живая вакцина, используют вирус, вызывающий ротавирусную диарею у телят. Перспективное направление, направленное на индуцирование местного иммунитета в кишечнике путем передачи секреторного содержащегося в молозиве иммунизированных животных, используются также титрованные серии иммуноглобулина человека.

Задача №12

1. Ветряная оспа, среднетяжелая форма. Осложнение – флегмона спины.

2. Присоединением бактериальной инфекции, вследствие чего заболевание осложнилось флегмоной спины.

3. Возможные проявления заболевания: продромальная скарлатино- или кореподобная сыпь (реш), образование корочек, высыпание на конъюктиве глаз, реже на гортани и половых органах.

4. В анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ.

5. Вирусологическое исследование окрашенных серебрением по Морозову мазках везикулезной жидкости при обычной или электронной микроскопии.

Серологическая диагностика методом РСК и ИФА. Иммунофлюоресцентный метод – выявление ветряночного антигена в мазках – отпечатках из содержимого везикул.

6. Хирурга.

7. Лечение. Режим 1, стол 3 (молочно-растительный), кефир 200,0, обильное питье.

Элементы сыпи тушировать 1% спиртовым р-ром бриллиантовой зелени, промывание слизистых полости рта 2% р-ром соды. Клафоран 500 т. Ед х 3 раза в/в, тайленол 0,15 х 3 раза внутрь. Гемодез 150,0, 10% р-р глюкозы 250,0 в/в капельно, инсулин 5 Ед в/в, ККБ 50 мг в/в, аскорбиновая к-та 5% - 2,0 в/в.

Антистафилакокковый иммуноглобулин 100 МЕ Ед через день №5, 30% водный р-р димексида на область спины в виде компрессов, ревит 1 др. х 2 раза внутрь, глюконат С ах 0,5 3 раза, димедрол 0,01 3 раза внутрь.

11. Нарушением гигиенического содержания кожи.

Ответы к задачам. Раздел «НЕФРОЛОГИЯ»

Задача №1

1. Почечная глюкозурия.
2. Заболевание связано с изолированными нарушениями реабсорбции глюкозы в проксимальных канальцах.
3. Специального лечения почечной глюкозурии в большинстве случаев не требуется. Нужно обеспечить правильное питание ребенка, чтобы избежать перегрузки углеводами, которая увеличивает потери сахара.

Задача №2

1. Хронический (обструктивный) пиелонефрит, фаза активного воспаления. ПН1 (парциальное нарушение функции почек по тубулярному типу).
2. а) Длительность течения заболевания (в течение 3 лет с частыми обострениями)
б) на фоне врожденной аномалии почек – удвоение почек
в) в анализе мочи - лейкоцитурия нейтрофильного характера
в анализе крови - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренное СОЭ
г) изолированное нарушение функции концентрационной функции – снижение удельного веса по пробе Зимницкого

Задача №3

1. Острый гломерулонефрит с нарушением функции почек по гломерулярному типу.
2. Снижена клубочковая фильтрация.

Задача №4

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим (гематурическим) синдромом. Почечная недостаточность острого периода.
2. Диета: исключение соли и белка.
Лазикс 1-3 мг в/в, эуфиллин 2,4% 0,12-0,18 мл/кг, глюкоза 10-20% в/в, реополиглюкин, гепарин 200-300ЕД/кг.
При гиперкалиемии: хлористый кальций или глюконат кальция в/в.
При гипертензионном синдроме – гипотензивные средства, диуретики, препараты АПФ (противопоказаны при гиперкалиемии)

Задача №5

1. Гемолитико-уремический синдром.
2. Показан гемодиализ срочно. Показания: анурия, азотемия, гиперкалиемия.

Задача №6

1. МКБ. Обструктивная уропатия. ОПН постренального характера.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря.
3. Перевод в урологическое отделение.

Задача №7

1. Острый цистит: дизурические расстройства, повышение температуры, отсутствие симптомов интоксикации, отсутствие изменений со стороны почек на УЗИ. В анализе мочи лейкоцитурия нейтрофильного характера
2. УЗИ мочевого пузыря, в плане обследования–цистоскопия. Посев мочи на флору, чувствительность к антибиотикам и степень бактериурии.
3. В качестве эмпирической терапии защищённые пенициллины и фурагин до получения посева.

Задача №8

1. Хронический пиелонефрит (обструктивный) фаза активного воспаления. Парциальное нарушение функции почек по тубулярному типу- ПН1.
2. Отмечается нарушение – снижение функции осмотического концентрирования почек, что свидетельствует о нарушении тубулярной функции.

Ответы к задачам.

Раздел «ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Задача № 1

1. ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани 2 степени.
2. Неотложная помощь:
 - Отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны, теплое щелочное питье и др.)
 - Спазмолитики внутривенно
 - Ингаляции с β_2 -агонистами короткого действия через небулайзер
 - Антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, супрастин) внутримышечно
 - Глюкокортикоиды: ингаляции через небулайзер – будесонид (пульмикорт) и/или преднизолон парентерально в дозе 2-5 мг/кг

Терапия ОРЗ: противовирусные препараты, антибиотикотерапия, симптоматическая терапия (жаропонижающие средства, сосудосуживающие капли, противокашлевые препараты).

3. При отсутствии эффекта от терапии возможно развитие стеноза гортани III. Также возможны бактериальные осложнения – острый синусит, острый средний отит, пневмония.

Задача № 2

1. ОРВИ (парагрипп), синдром крупа, стеноз гортани 3 степени. Сопутствующий: тимомегалия.
2. Осложнение: ателектаз справа.

3. Проводится комплекс реанимационных мероприятий, направленных на купирование дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и борьбу с отеком мозга:

- Ингаляции кислорода в паракислородной палатке
- Обеспечение проходимости дыхательных путей («отсасывание мокроты с помощью электроотсоса»)
- Седативные препараты (транквилизаторы, нейролептики)
- Системные глюкокортикоиды – преднизолон внутривенно в дозе 5-10 мг/кг
- Антигистаминные средства внутривенно
- Антибиотики внутривенно
- Лечение ателектаза: хороший результат достигается с помощью аэрозолей бронхолитических веществ (селективные бета₂-адреномиметики), применение протеолитических ферментов (трипсин, рибонуклеаза) в аэрозолях. Бронхоскопия может быть сделана всем детям, у которых на фоне консервативной терапии ателектаз не расправляется более 10-14 дней. Обязательными составными частями лечения являются достаточное пользование свежим воздухом, вибрационный массаж грудной клетки, физиотерапия (в остром периоде- УВЧ, а в дальнейшем- электрофорез платифиллина .)

При отсутствии эффекта от консервативной терапии показаны интубация и трахеостомия, которые проводятся по показаниям: нарастающая асфиксия, дефицит пульса, расширение размеров, стойкое снижение PaO₂ на фоне увеличения PaCO₂.

Задача № 3

1. Аденовирусная инфекция, фаринго-конъюнктивит, средне-тяжелая форма.

2. Наиболее типичны отиты и гнойные синуситы, обструкция евстахиевой трубы у детей вследствие длительной гипертрофии лимфоидной ткани в глотке, ларингоспазм (ложный круп), вторичные бактериальные пневмонии, поражения почек.

3

- **Патогенетическая и симптоматическая терапия.** Для борьбы с лихорадкой используют физические методы, парацетамол, парацетамол-содержащие препараты, литическую смеси. Всем больным назначают поливитамины. При ринитах в носовые ходы закапывают галазолин, тизин, назол, пиносол; назначают УВЧ на область носа, УФО на стопы.
- Больным с конъюнктивитами и кератоконъюнктивитами в конъюнктивальный мешок закапывают 20% раствор сульфацила-натрия, 0,25% раствор левомицетина. При развитии бактериальных осложнений назначают антибактериальную терапию.

- Используются антигистаминные препараты — зиртек, фенистил, супрастин и др.
- **Этиотропная терапия.** Антибиотики широкого спектра действия назначают в связи с наличием осложнений, вызванных вторичной бактериальной флорой.
- Показана противовирусная терапия: ремантадин, орвирем, полирем, адапромин, циклоферон, арбидол, рибавирин, занамивир, озельтамивир.

Задача № 4

1. Грипп, тяжелая форма

2. Экспресс-диагностика основана на выявлении вирусного антигена в эпителии слизистой оболочки верхних дыхательных путей методом иммунофлюоресценции. Специфический антиген обнаруживается в цитоплазме в виде ярко светящихся конгломератов. Результат можно получить через 3 часа.

3.

- В качестве жаропонижающих средств назначаются парацетамол, 10–15 мг/кг (60 мг/кг/сут), парацетамол-содержащие препараты.; ибупрофен, 5–10 мг/кг на прием; литическая смесь, внутримышечно.
- Для повышения резистентности организма и укрепления иммунитета используют иммуномодулирующие препараты — ИРС 19, иммунал, виферон, кипферон.
- Для улучшения улучшающие функциональное состояние мукоцилиарной системы — эреспал 4 мг/кг в сутки в 4 приема, амброксол, бромгексин и др.;
- Используются антигистаминные препараты — зиртек, фенистил, супрастин, диазолини др.
- Для улучшения реологических свойств крови назначают трентал 2%-ный р-р 0,25 мл/кг/сут
- С целью дезинтоксикации — внутривенно капельно — реополиглюкин 5–10 мл/кг, альбумин 5 мл/кг; 10%-ный р-р глюкозы, корректируют кислотно-щелочное состояние и уровень электролитов под контролем
- Антибактериальная терапия осложнений гриппа: пневмонии, острого среднего отита, синусита, гайморита и др. — проводится защищенными пенициллинами: амоксициллин/клавуланатом внутримышечно, флемоксином соллютабом; цефуроксима аксетилом по 100 мг/кг в 3 приема в течение 7–10 дней; цефтриаксоном в той же дозе; макролидами: азитромицином по 10 мг/кг в течение 3 дней или другими (типа вильпрафена, роксигексала и др.).
- При развитии нейротоксического синдрома основным направлением терапии является борьба с отеком мозга. С этой целью используют (внутривенно или внутримышечно) 2%-ный р-р лазикса в разовой дозе 1 мг/кг; маннитол внутривенно 15%-ный р/р в разовой дозе 0,5–1 г сухого вещества; магния сульфат 25%-ный р/р 0,2 мл/кг массы. При вероятности развития надпочечниковой недостаточности показано применение

глюкокортикоидов: внутривенно дексаметазон в разовой дозе 0,2–0,4 мг/кг 4 раза в сутки, преднизолон 8–10 мг/кг/сут в 4 приема, курсом до 5 дней.

Задача № 5

1. Аденовирусная инфекция, тяжелая форма, кератоконъюнктивит, бронхообструктивный синдром.

2. Наиболее типичны отиты и гнойные синуситы, обструкция евстахиевой трубы у детей вследствие длительной гипертрофии лимфоидной ткани в глотке, ларингоспазм (ложный круп), вторичные бактериальные пневмонии, поражения почек. Прогноз заболевания обычно благоприятный.

2.

- Тяжело протекающая аденовирусная инфекция требует усиления дезинтоксикационной терапии с внутривенным введением полиионных кристаллоидных и коллоидных растворов
- **Этиотропная терапия.** Антибиотики широкого спектра действия назначают в связи с наличием осложнений, вызванных вторичной бактериальной флорой. Показано применение лейкоцитарного человеческого интерферона, кипферона, виферона, человеческого нормального иммуноглобулина.
- **Патогенетическая и симптоматическая терапия.** Для борьбы с лихорадкой используют физические методы, парацетамол, парацетамол-содержащие препараты, литическую смеси. Всем больным назначают поливитамины. При ринитах в носовые ходы закапывают галазолин, тизин, назол, пиносол; назначают УВЧ на область носа, УФО на стопы.
- При гнойном или плёнчатом конъюнктивите и кератоконъюнктивите (исключая случаи с изъязвлениями роговицы!) за веко закладывают 1% гидрокортизоновую или преднизолоновую мазь. Применяют 0,2% раствор дезоксирибонуклеазы (закапывают в конъюнктивальный мешок или в носовые ходы 3-4 раза в день), антигистаминные препараты (зиртек, супрастин, диазолин и др.).
- Бронхолитическая терапия: ингаляции β_2 -антагонистов короткого действия - сальбутамол (вентолин) через спейсер по 100-200 мкг (1-2 дозы) или через небулайзер 2,5 мг (небулы по 2,5 мл 0,1% раствора) в сочетании с антихолинергическими препаратами – атровент (интратропиум бромид) через спейсер 1-2 дозы (20-40 мг) или через небулайзер по 8-10 капель 3-4 раза в сутки. Более эффективно назначение комбинированного препарата беродуала, сочетающего два механизма действия (стимуляция β_2 -адренорецепторов и блокада М-холинорецепторов) через небулайзер в разовой дозе детям до 6 лет 0,5 мл (10 капель), старше 6 лет – 1-2 мл (20-40 капель) на ингаляцию 3-4 раза в сутки.
- При малоэффективном кашле с отхаркивающей целью применяют туссин, микстуры с алтеем, аскорил, бромгексин, бронхikum, лазолван.

- Диспансерное наблюдение. Больным, перенесшим пневмонию, рекомендуется диспансерное наблюдение в течение 6-12 мес. В случае формирования хронической патологии (тонзиллит, аденоидит) длительность диспансерного наблюдения увеличивается.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

К разделу «Неонатология»

1. Володин Н.Н., Сидоренко С.В., Дегтярев Д.Н. и др. Гнойные менингиты у новорожденных (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2008 –30 с.
2. М. В. Кушнарера, И.И. Рюмина, Х.М. Мархулия. Антибактериальная терапия в периоде новорожденности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007; 5 : 12-20.
3. Неонатология: национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 848 с. – (Серия «национальные руководства»).
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды; недоношенный ребенок. – ГЭОТАР – Медиа. 2006. – 448 с. /Некоторые инфекционные проблемы у недоношенных детей с. 409 – 444.

5. Шабалов Н.П. Неонатология: В 2 т. – М.: МЕДпресс-информ., 2006. – т.1 – 608с – т.2 – 656с.

К разделу «Кардиология»

1. Прахов А.В. Неонатальная кардиология. — НГМА, 2008. — 388 с.
2. Пороки сердца у детей и подростков – О. А. Мутафьян / М-2009г.
3. Лекции по кардиологии детского возраста. И. В. Леонтьева/ М.2005г.
4. Новейший справочник педиатра. Кардиология. – Н. В. Орлова, 2005г.
5. Диагностика и терапия синкопальных состояний. А.В.Фонякина / Фарматека №10, 2008г.
6. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. – М., 2005.
7. Питер Дж. Уоткинс Сахарный диабет = ABC of Diabetes / М. И. Балаболкина. — 2. — Москва: Бином, 2006. — Р. 15. — 134 р.
8. Webb G, Harrison D, Connelly M: Challenges posed by the adult patient with congenital heart disease. Adv Intern Med 41:437^95, 2006
9. Gillette P: Ventricular arrhythmia after repair of tetralogy of Fallot. J Am Coll Cardiol, 2005.
10. Kaplan S: Natural and postoperative history across age groups. Cardiol Clin 11(4):543-556, 2005.
11. American Diabetes Association Other «Types» of Diabetes. - August 25, 2005.

К разделу «Гастроэнтерология»

- i. Л.Н. Мазанкова, Т.А. Чеботарева, И.Д. Майкова «Лечебное питание при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона у детей» // Педиатрическая фармакология – 2008, №5.
- ii. Руководство по детской гастроэнтерологии. Т.Г. Авдеева, Ю.В. Рябухин, Л.П. Парменова, Н.Ю.Крутикова, Л.А. Жлобницкая. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
- iii. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. для практикующих врачей в 2 кн./ Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной.- М.: Лит-ра, 2007.- С. 451–168 (Рациональная фармакотерапия: Сер. Руководство для практикующих врачей; Кн.1).
- iv. Панкова Е. Н., Ячменников Н. Н., Голубчик А. В. Рецептурный справочник педиатра. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 415 с.
- v. Шабалов Н.П. Учебник "Детские болезни" 6 издание. Том 1. Питер 2007.

К разделу «Аллергология, иммунология и пульмонология»

1. Баранов. А. А., Балаболкин И. И. Детская аллергология. Москва, 2006.

2. Пищевая аллергия у детей: пособие для врачей. Под редакцией член-корреспондента РАМН, профессора И.И. Балаболкина. Москва 2006.
3. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. для практикующих врачей в 2 кн./ Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной.- М.: Лит-ра, 2007.- С. 451–168 (Рациональная фармакотерапия: Сер. Руководство для практикующих врачей; Кн.1).
4. Шабалов Н.П. Учебник "Детские болезни" 6 издание. Том 1. Питер 2007.
5. Касохов Т. Б., Цораева З. А. Современные иммунобиологические препараты в лечении вирусно-бактериальных инфекций у детей. Владикавказ, 2005.
6. Панкова Е. Н., Ячменников Н. Н., Голубчик А. В. Рецептурный справочник педиатра. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 415 с.
7. Рачина С. А., Козлов С. Н. // Фарматека.—2006.- №4. – С.55-60.
8. Зосимов А. Н. и др. К. Детская пульмонология. Принципы терапии.- М.: Эксмо.- 2008. – 736с.
9. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста/ Под редакцией Г.А. Самсыгиной.- М.: Миклош, 2006.- С. 187–250.
10. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Второе издание.- М.: Издательский дом «Русский врач», 2006.– 100с.
11. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностика болезней органов дыхания.: М.: Мед. лит.- 2007. - 464с.
12. Панкова Е. Н., Ячменников Н. Н., Голубчик А. В. Рецептурный справочник педиатра. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 415 с.
13. Полушкина, Н.Н. Диагностический справочник пульмонолога / Н.Н. Полушкина. — М.: АСТ, 2007.-671с.
14. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. Для практикующих врачей в 2 кн./ Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной.- М.: Лит-ра, 2007.- С. 451–168 (Рациональная фармакотерапия: Сер. руководство для практикующих врачей; Кн. 1).
15. Респираторная медицина. В 2-х томах. Руководство для врачей. 2007г ГЭОТАР.
16. Шабалов Н.П. Учебник "Детские болезни" 6 издание. Том 1. Питер 2007.
17. Зайцева О. В. Бронхообструктивный синдром у детей // Педиатрия.- 2005. №4. – С.94-104
18. Котлуков В. К., Блохин Б. М. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа. // Педиатрия. - 2006. – № 6. – С. 14 -21.

К разделу «Гематология»

1. Современные представления о патофизиологии и терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. - Педиатрия, 2009г. Т.4 - Петров В.Ю., Г.И. Сосков, Т.Г. Плахута, Агеенкова Э. В.
2. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: Рук. Для практикующих врачей в 2 кн./ Под общей редакцией А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной.- М.: Лит-ра, 2007.- С. 451–168 (Рациональная фармакотерапия: Сер. руководство для практикующих врачей; Кн. 1).
3. Панкова Е. Н., Ячменников Н. Н., Голубчик А. В. Рецептурный справочник педиатра. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 415 с.
4. Практическое руководство по детским болезням (гематология, онкология детского возраста) – Румянцева А.Г., Самочатова Е.М.. Москва 2004г.

К разделу «Нефрология»

1. Практическое руководство по детским болезням. VI том. Нефрология детского возраста. Москва, 2005г, Таболин ВЛ. с соавторами.
2. Журнал «Нефрология и диализ» 2007 № 1, Игнатова М-С, стр. 97.
3. Neofax, 2006 (Неофакс, 2006): Пер. с англ. /Т.Янг, Б. Магнум. – М.: Веретя, 2006. – 331 с.
4. American Diabetes Association Other «Types» of Diabetes. - August 25, 2005.
5. Коровина Н.А. с соавторами. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. Москва, 2000г.
6. А.А. Вялкова, Н.Ю. Перепелкина. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями органов мочевой системы (Учебно-методическое пособие). Оренбург, 2002г.