

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине _____ Педиатрия _____

направление подготовки _31.06.01 «Клиническая медицина»

направленность «Педиатрия» _____

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
очная

Н.Новгород

2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» направленности 14.01.08 «Педиатрия».

Текущий контроль по дисциплине «Педиатрия» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Педиатрия» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»

Компетенция (код)	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
		Виды	Количество
УК-1	Знать: Современные научные достижения в области охраны здоровья детей и подростков. Уметь: Анализировать и интерпретировать полученные теоретические знания на процессы, развивающиеся при патологических состояниях у детей. Владеть: Навыками создания и представления новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	Тестовые задания Индивидуальные задания	79 5
ОПК-4	Знать: анатомо-физиологические и функциональные характеристики организма ребенка в различные возрастные периоды, основные физиологические и биохимические закономерности морфологических и метаболических перестроек внутренней среды организма в норме и при патологических состояниях у детей. Уметь: прилагать и интерпретировать полученные теоретические знания на процессы, развивающиеся при патологических состояниях у детей; реализовывать диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия у детей. Владеть: методами исследования различных органов и систем, ориентироваться в диагностических подходах и методиках выявления отклонений функционального состояния, а также проводить выбор рациональных подходов в лечении различных заболеваний, владеть методами и навыками интенсивной терапии, владеть навыками организации лечебно-профилактической помощи детям и подросткам.	Тестовые задания Индивидуальные задания	140 5
ПК-5	Знать: принципы терапии наиболее распространенных заболеваний у детей. Уметь: определить план обследования и		

	лечения, выявить жизнеугрожающие состояний у детей. Владеть: алгоритмами и протоколами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, назначением терапии, алгоритмом и протоколами оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у детей	Тестовые задания	20
		Задачи	27

2. Критерии и шкала оценивания

<i>код компетенции</i>	<i>оценка 5 «отлично»</i>	<i>оценка 4 «хорошо»</i>	<i>оценка 3 «удовлетворительно»</i>	<i>оценка 2 «неудовлетворительно»</i>
	<i>глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</i>	<i>знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i>	<i>незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</i>

3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского

возраста. Пульмонология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.1.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. МОНИТОРИНГ АСТМЫ С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) определение обратимости бронхиальной обструкции
- 2) оценка тяжести заболевания
- 3) прогнозирование обострения бронхиальной астмы
- 4) оценка эффективности лечения
- 5) **содержание CO₂ в выдыхаемом воздухе**

2. ЧТО НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ СПИРОМЕТРИИ

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ОФВ1
- 4) МВЛ

5) **Сатурация кислорода**

3. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА В ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1)

- 1) Максимальное количество воздуха выдыхаемое форсированно после максимально глубокого вдоха
- 2) **Максимальное количество воздуха выдыхаемое после максимально глубокого вдоха**
- 3) Пиковая или максимальная скорость форсированного выдоха
- 4) Пиковая или максимальная скорость форсированного вдох
- 5) Скорость форсированного выдоха за секунду

4. ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛИ ОФВ1 ПОСЛЕ ПРОБЫ С БРОНХОЛИТИКОМ УВЕЛИЧИЛИСЬ БОЛЕЕ ЧЕМ НА

- 1) 5%
- 2) **12%**
- 3) 15%
- 4) 20%
- 5) 25%

5. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

- 1) Жизненная емкость легких (ЖЕЛ)
- 2) Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ)
- 3) Объем форсированного выдоха за первую (ОФВ1) секунду,
- 4) индекс Тиффно

А). Максимальный объем воздуха, который может выдохнуть человек после максимального вдоха

Б). Объем воздуха, который может выдохнуть человек за первую секунду при форсированном выдохе

В) Максимальное количество воздуха, выдыхаемое после максимально глубокого вдоха.

Г) Соотношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ1/ ФЖЕЛ).

- 1) **1 - А. 3 - Б. 2 - В. 4 - Г**
- 2) 2 - А. 1 - Б. 3 - В. 4 - Г
- 3) 3 - А. 2 - Б. 1 - В. 4 - Г
- 4) 1 - А. 2 - Б. 3 - В. 4 - Г
- 5) 3 - А. 1 - Б. 4 - В. 3 - Г

6. КАКИЕ ПРОВОКАЦИОННЫЕ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ПЕДИАТРИИ

- 1) проба с металхолином
- 2) **проба с физической нагрузкой**
- 3) проба с гистамином
- 4) все вышеперечисленное

7. КАКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПСВ ПРИ ПИКФЛОУМЕТРИИ ОТРАЖАЕТ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ

- 1) 10%
- 2) **20%**
- 3) 30%
- 4) 50%

3.1.1.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4

8. СКРЫТЫЙ БРОНХОСПАЗМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 5 ЛЕТ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ

- 1) пикфлоуметрии
- 2) спирометрии

3) **бронхофонографии**

9. МЕТОД ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 1) жизненную емкость легких
- 2) **общее сопротивление дыхательных путей**
- 3) пиковую скорость выдоха

10. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХОСПАЗМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ МЕТОДЫ, КРОМЕ

- 1) флуометрия спокойного дыхания
- 2) импульсная осциллометрия
- 3) бронхофонография
- 4) **провокационные ингаляционные тесты**

11. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ СПИРОГРАФИИ НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) общая емкость легких
- 2) **ЖЕЛ**
- 3) ПСВ
- 4) все показатели можно определить

12. ПИКФЛОУМЕТР – ЭТО ПОРТАТИВНЫЙ ПРИБОР, КОТОРЫЙ ИЗМЕРЯЕТ

- 1) **только один показатель пиковой скорости выдоха (ПСВ)**
- 2) ПСВ и ФЖЕЛ
- 3) ОФВ1
- 4) МОС25

13. БРОНХОЛИТИЧЕСКИЙ ТЕСТ ПРОВОДЯТ С

- 1) антигистаминными препаратами
- 2) **адреномиметиками**
- 3) М-холинолитиками
- 4) эуфиллином

14. ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ОБСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ООЛ
- 4) **МОС75**

15. ПРИ ПРАВИЛЬНО ВЫПОЛНЕННОМ МАНЕВРЕ ФЖЕЛ

- 1) отсутствуют на кривой поток-объем резкие спады и подъемы, «ступеньки» и провалы.
- 2) максимальный поток должен достигаться до выдоха 20% ФЖЕЛ, а затем по мере выполнения маневра поток прогрессивно уменьшается.
- 3) **время достижения пиковой объемной скорости выдоха $T_{пос}$ не меньше 0,2 сек.**
- 4) не больше 1,1 сек.
- 5) обязательно должно быть соблюдаться следующее условие: $PEF >$ или $= MEF_{25} > MEF_{50} > MEF_{75}$
- 6) все вышеперечисленное

16. СНИЖЕНИЕ МОС УКАЗЫВАЕТ НА

- 1) наличие рестриктивных изменений в легких
- 2) **наличие обструктивных изменений в легких**
- 3) сочетанные нарушения (обструкция и рестрикция).
- 4) на сдавление бронхов извне.

17. У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

ЖЕЛ=2,07 л (55% ДЖЕЛ)

ОЕЛ=5,95 л (102% ДООЕЛ)

ООЛ=3,88 л (190% ДООЛ)

ООЛ/ОЕЛ=65%; ОФВ1 =0,92 л (40% ДООФВ1), ОФВ1/ЖБЛ=45%.

УКАЖИТЕ ТИП НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

- 1) умеренно выраженное нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 2) **значительно выраженные изменения по обструктивному типу**
- 3) умеренно выраженные изменения по рестриктивному типу

18. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНО ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ ПРИ АУСУЛЬТАЦИИ СУХИЕ «СВИСТЯЩИЕ» ХРИПЫ, ЖЕЛ - НОРМА, ОФВ1 и ОФВ1/ЖЕЛ СНИЖЕНЫ, ООЛ УВЕЛИЧЕН. КАКОЙ ТИП НАРУШЕНИЯ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ

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

19. РЕСТРИКТИВНЫЙ ТИП СПИРОГРАММЫ ПРИ

- 1) инородных телах дыхательных путей
- 2) сливных пневмониях
- 3) облитерирующим бронхолите
- 4) интерстициальных поражениях легких
- 5) **1,2**

6) все вышеперечисленное

20. ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ: ЖЕЛ -63%Д; ОФВ1 -75%Д; ОФВ1/ЖЕЛ -99%; ПОС -78%Д; МОС25 -72%Д; МОС50 -70%Д; МОС75 -69%Д; СОС 25-75 -72%Д

- 1) умеренное снижение вентиляционной функции легких по обструктивному типу
- 2) **умеренное снижение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу**
- 3) нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу

3.1.1.3. Тестовые задания для контроля компетенции ПК-5:

21. У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ ИЗ ТЕРАПИИ ИСКЛЮЧАЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ:

- 1 Муколитическим действием
- 2 Отхаркивающим действием
- 3 **Противокашлевым действием**

22. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ БРОНХОЛИТА

1. отсутствие кашля
2. асимметрия хрипов
3. **мелкопузырчатые влажные хрипы**
4. **цианоз носогубного треугольника**

23. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА

1. влажный кашель в начале заболевания
2. притупление перкуторного звука с одной стороны
3. **влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы**

4. нормальная температура

5. усиление легочного рисунка на рентгенограмме

24. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА

1. **Оксигенотерапия**

2. **Бронхолитики**

3. **Муколитики**

6 седативные препараты

25. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ НАЗНАЧАЮТ

1) теофилины короткого действия

2) **муколитические препараты**

3) антибактериальные препараты

4) **фенспирид**

26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В КУПИРОВАНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Сальбутамол

2) **Беродуал**

3) Эуфиллин

4) Фенотерол

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) бактерии

2) **вирусы**

3) Простейшие

4) Грибы

28. В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:

1) **Лазолван**

2) **Флуимуцил**

3) Либексин

4) Синекод

5) **Флюдитек**

29. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ОСТРОМ 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

30. БРОНХИОЛИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

1) **первых 2-х лет жизни**

2) после 3-х лет

3) подросткового периода

4) в любом возрасте

Кейс-задания для контроля компетенции ПК-5

Задача N 1

Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.

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. 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, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы практически исчезают. Частота дыхания 22 в минуту. Перкуторно: определяется ясный легочный звук. 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.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое исследование?
4. Перечислите показания к проведению пробы Манту.
5. Назначьте лечение.
6. Разработайте план противоэпидемических мероприятий.
7. Каковы методы профилактики данного заболевания?
8. Перечислите анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
9. Какие радиоизотопные методы исследования органов дыхания Вы знаете?
10. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.
11. Какие физикальные признаки бронхообструктивного синдрома Вы знаете?
12. Показано ли физиотерапевтическое лечение данному больному? Если да, то какое?

Задача N 2

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 $38,6^{\circ}\text{C}$. 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: НЬ - 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 легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание

1. Ваш диагноз?

2. Этиология заболевания?
3. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения?
6. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?
7. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
8. Какие виды физиотерапии показаны?
9. Можно ли ребенка лечить на дому?
10. Прогноз?

Ответы:

1. Острый бронхит.
2. Острый бронхиолит, ДН II степени.

3.1.2 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Гастроэнтерология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.2.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. ОСТРОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) геморрагической болезни новорожденных
- 2) портальной гипертензии
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) дивертикуле Меккеля
- 5) рефлюкс-эзофагите

2. ЕСЛИ РЕБЕНОК ВЫПИЛ УКСУСНУЮ ЭССЕНЦИЮ, ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) диагностическую эндоскопию
- 2) промывание желудка
- 3) внутривенную новокаиновую блокаду
- 4) осмотр токсиколога

3. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

- 1) стенозом пищевода на границе средней и нижней трети
- 2) перфорацией пищевода
- 3) мегаэзофагусом
- 4) язвенно-эрозивным эзофагитом
- 5) аспирационным синдромом

4. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) срыгивания в горизонтальном положении
- 2) кашель во сне
- 3) рвота молоком с 3 - 4 недель

4) **симптом "мокрой подушки"**

5. **ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) смещение средостения в сторону поражения
- 2) **расширение межреберных промежутков на стороне поражения**
- 3) **поражение одной стороны грудной клетки**
- 4) **вздутие грудной клетки на стороне поражения**

6. **ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ**

- 1) горизонтальном
- 2) **возвышенное на больном боку**
- 3) **возвышенное на здоровом боку**

7. **ПРИЧИНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) инфекционно- воспалительная патология мочевыделительной системы
- 2) рахит
- 3) **недостаточность нижнего пищеводного сфинктера**
- 4) ревматический кардит
- 5) иммунодефицитные состояния

3.1.2.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

8. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) **изжога**
- 2) симптом «проскальзывания»
- 3) **дисфагия**
- 4) голодные боли
- 5) **боли при глотании**

9. **ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭЗОФАГИТА МОГУТ БЫТЬ**

- 1) **метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода**
- 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) **кровотечения**
- 4) стриктура пищевода
- 5) **укорочение пищевода**

10. **ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА**

- 1) склеродермия

2) **ахалазия**

3) хронический рефлюкс- гастрит

4) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

5) пищевод Баррета

11.ЛУЧШИЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ И АХАЛАЗИИ

1) биопсия пищевода

2) эзофагоскопия

3) **рентгеноскопия**

4) атропиновый тест

5) цитологическое исследование

12.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ

1) снижение веса

2) **пептические язвы**

3) развитие язвы желудка

4) **стриктуры**

5) **пищевод Баррета**

13.У БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИИ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИСФАГИЯ СУХОЙ И ТВЕРДОЙ ПИЩЕЙ. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА

1) **ФЭГДС**

2) УЗИ брюшной полости

3) дуоденальное зондирование

4) **рентгенологическое исследование с контрастным веществом**

14. ФАКТОРОМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ МЕСТНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ПИЩЕВОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) адреналин

2) адренокортикотропный гормон

3) **ацетилхолин**

4) оксид азота

5) простагландины

15. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) **рвота «кофейной гущей»**

2) **слабость**

3) опоясывающие боли в животе

4) кинжальные боли в животе

5) дегтеобразный стул

16. В ПОНЯТИЕ «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ» ВХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ

1) недостаточности кардии

2) гастро-эзофагеального рефлюкса

3) **ахалазии кардии**

4) хронического эзофagита

5) халазии кардии

17. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЭРБ ЛЕЖАТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, КРОМЕ

1) хронический гастрит

2) язвенная болезнь

3) короткий пищевод

4) **неспецифического язвенного колита**

5) халазии кардии

18. ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕФЛЮКС- ЭЗОФАГИТА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ ВЕРНО, КРОМЕ

1) загрудинной боли

2) **жажды**

3) отрыжки

4) изжоги

5) регургитации

19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) обзорный снимок брюшной полости

2) ретроградная панкреатохолангиография

3) **эзофагогастродуоденоскопия**

4) колоноскопия

20. 10-ЛЕТНИЙ МАЛЬЧИК В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ. ОНИ НАСТУПАЮТ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, ИНОГДА СОПРОВОЖДАЮТСЯ РВОТОЙ. РЕАКЦИЯ ГРЕГЕРСЕНА ПОЛОЖИТЕЛЬНА. У ОТЦА МАЛЬЧИКА ТАКЖЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАСТЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

1) панкреатит

2) пептическая язва

3) **дивертикул Меккеля**

4) заворот кишки

21. У 5-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ОБНАРУЖЕН ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА. ВОЗМОЖНЫ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ, КРОМЕ

1) повышенная потребность в железе из-за акселерации

2) **хронический панкреатит**

3) анкилостомидоз

4) пептическая язва

5) повторные носовые кровотечения

22. У 6-МЕСЯЧНОГО МАЛЬЧИКА ОТСУТСТВУЕТ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА, СТУЛ ОБИЛЬНЫЙ, ЗЛОВОННЫЙ. ДИАГНОСТИРОВАН КИСТОФИБРОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДАНЫ ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, СПРАВЕДЛИВЫЕ, КРОМЕ

1) добавка жирорастворимых витаминов

2) панкреатические ферменты

3) нежирная пища

4) высокоэнергетическая диета

5) **необходимо зондовое кормление**

23. ЕСЛИ МАССА ТЕЛА ГРУДНОГО РЕБЕНКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА 2 ДНЯ УМЕНЬШАЕТСЯ НА 5-10%, ТО МОЖНО ОЖИДАТЬ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ, КРОМЕ

1) запавший родничок

2) тахикардия

3) **агональное состояние**

4) запавшие глаза

5) потеря эластичности кожи

24. ДЛЯ ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПАНКРЕАТИТА С СОДЕРЖАНИЕМ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ 170 ММОЛЬ/Л ПРИ 10% ПОТЕРЕ МАССЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО ВСЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ

1) низкое артериальное давление

2) судороги

3) **жажда**

4) летаргия

5) свехвозбудимость

25. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ПЕРЕВОДИТЬ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА С ДИЕТЫ №1 НА ДИЕТУ №1-Б

1) **уменьшение болевого синдрома**

- 2) устранение диспептических нарушений
- 3) для покрытия физиологических потребностей ребенка при улучшении общего состояния и лабораторных показателей
- 4) усиление болевого синдрома

26. СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **рвота**
- 2) **боли в левом подреберье и/или опоясывающие**
- 3) **гектическая температура**
- 4) пятнисто-папулезная сыпь
- 5) коллаптоидное состояние

27. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) **ультразвуковое исследование**
- 2) **определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови**
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) **копрограмма**

28. БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **гиперамилаземия**
- 2) **гиперлипаземия**
- 3) диспротеинемия
- 4) снижение уровня стандартных бикарбонатов
- 5) **снижение уровня ингибитора трипсина**

3.1.2.3. Тестовые задания для контроля компетенции ПК-5:

29. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) антибиотиков широкого спектра действия
- 2) внутривенных иммуноглобулинов
- 3) **антисекреторных препаратов**
- 4) **витамина Д**

30. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. сульфаниламиды
2. блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
3. **антихолинэргические препараты**
4. **сандостатин**
5. прокинетики

Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5

Задача N 1

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка

кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт. Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натошак - рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

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

Задание

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Эпидемиология хеликобактерной инфекции и пути ее передачи.
5. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.
6. В чем сущность дыхательного теста?
7. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.
8. Какие морфологические изменения прослеживаются в этой стадии данного заболевания?
9. Оцените кислотообразующую функцию желудка.
10. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?
11. Оцените результаты общего анализа крови и соответствуют ли они патологии у ребенка?
12. Современные принципы лечения данного заболевания.
13. Предложите схему лечения данному ребенку.
14. Что такое эрадикация НР-инфекции?
15. От каких факторов будет зависеть эффективность эрадикации?

Задача N 2

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе,

локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области. Печень +0 +0 +в/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо -Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; НЬ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 50‰ - 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; лейкоц - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек;

время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа₁ - 6%, альфа₂ - 10%, бета - 13%, гамма - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ, - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антреме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва

1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утол-

щены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте его.

3. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
4. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении?
5. Требовал ли этот больной проведения экстренных диагностических мероприятий и каких?
6. Врачи каких специальностей должны курировать этого ребенка и в каких отделениях он должен лечиться?
7. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
8. Оцените анализ крови общий.
9. Почему ребенку сделана коагулограмма?
10. Требуется ли ребенку дополнительное гематологическое обследование?
11. Как правильно взять на исследование анализ кала на скрытую кровь?
12. Оцените результаты УЗИ.
13. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
14. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
15. Какие современные антисекреторные препараты Вы знаете, их положительные и отрицательные свойства?
16. Какие схемы антихеликобактерной терапии Вы знаете?
17. Нуждается ли ребенок в ферментотерапии?
18. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

Задача N 3

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухое дыхание, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0+1 +в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (++)

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность

обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Что такое синдром Менделя?
5. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспресс-диагностика?
6. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете?
7. Назначьте диету по Певзнеру.
8. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.
9. Какие побочные эффекты от лечения можно ожидать и способы их предупреждения?
10. Что такое эрадикация НР-инфекции?
11. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
12. Назовите пути передачи хеликобактерной инфекции.
13. Оцените результаты общего анализа крови.
14. Оцените результаты общего анализа мочи.

Задача N 4

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде. Мать ребенка - 38 лет, гастрит; отец - 40 лет, гастродуоденит; бабушка (по матери) - рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой - штангой. Осмотр: рост 160 см, масса 50 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк - ; $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: альфа₁ - 5%,

альфа₂ - 10%, бета - 12%, гамма - 18%. АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140),

амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52x30, содержимое его гомогенное, толщина стенки

1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

Внутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом: натошак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8;

после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН пищеводе 6-6,5 со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
4. Этиопатогенез заболевания.
5. Укажите анатомо-физиологические особенности кардиоэзофагального перехода, в чем состоит антирефлюксный механизм нижнего пищеводного сфинктера.
6. Проведите анализ эзофагогастродуоденоскопии.
7. Проведите анализ рН-метрии.
8. В каких случаях следует проводить рентгенологическое исследование ВОПТ?
9. Что такое пищевод Баррета?
10. Назначьте комплексную терапию данному больному.
11. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку?
12. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой?
13. Сочетание каких препаратов лучше использовать: антациды, ремантадин, омепразол, дебол, венгер, дебридат, координакс, мотилиум, солкосерил, облепиховое масло?
14. Какие прокинетики используются при лечении данного заболевания, в чем их различие между собой?
15. Требуется ли контроль ЭГДС и в какие сроки?

Задача N 5

Мальчик 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы боли в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, "праздничным" столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки по возрасту. У матери 34 лет - гастрит, у бабушки (по матери) - холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце - тоны звучные, ясные, ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст., дыхание переходное, без хрипов. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительны.

Общий анализ крови: НЬ - 124 г/л, Ц.п. - 0,88, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $6,6 \times 10^9/л$; п/я - 4%, с/я - 51%,

э - 3%, л - 36%, м - 6%, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1021; белок - нет;

сахар - нет; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 78 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 120 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л, СРВ (+).

Диастаза мочи: 128 ед (норма 32-64).

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58x35 мм (норма не больше 50x30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка - 22 мм (норма 16), тело - 18 мм (норма 14), хвост - 26 мм (норма 18), имеют гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

Ретроградная холепанкреатография: внепеченочные и внутripеченочные протоки не расширены. Пузырный проток - длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилатирован, расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Какова причина заболевания в данном случае?
5. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
6. Оцените физическое развитие ребенка.
7. Оцените результаты УЗИ.
8. Укажите показания к ретроградной холепанкреатографии.
9. Имеются ли у ребенка признаки снижения функции пораженного органа?
10. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
11. План лечения данного ребенка.
12. Дайте рекомендации по диетотерапии.
13. Требуется ли ребенку ферментотерапия и с какой целью?
14. Какие ферменты лучше рекомендовать и почему?
15. В каких случаях требуется хирургическое лечение?
16. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

Ответы:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия II, впервые выявленная, НР-ассоциированная. Сопутствующий: реактивный панкреатит.
2. Основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия I. Осложнение: дуоденальное язвенное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней тяжести. Сопутствующий: реактивный панкреатит, перегиб средней трети желчного пузыря.
3. Хронический антральный гастрит, НР-ассоциированный, в стадии обострения. Сопутствующий: перегиб желчного пузыря в области шейки.
4. Гастроэзофагальный рефлюкс с терминальным эзофагитом. Сопутствующий: хронический гастрит с субкомпенсацией ощелачивающей функции антрума. Дуоденогастральный рефлюкс.
5. Хронический панкреатит средней тяжести в стадии обострения на фоне аномалии протоков поджелудочной железы.

3.1.3 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Патология детей раннего возраста», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.3.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

61. Гипокальциемические судороги возникают при остром снижении уровня ионизированного кальция плазмы крови ниже

- 1) 1,5 ммоль/л
- 2) 1,0 ммоль/л

3) 0,85 ммоль/л

62. Вызываемое мышечное сокращение, напоминающее положение «руки акушера», называется симптомом

- 1) Хвостека
- 2) Труссо
- 3) Маслова

63. Временем года, когда чаще встречается спазмофилия, является

- 1) Весна
- 2) лето
- 3) зима

64. Заподозрить у ребенка скрытую (латентную) тетанию можно по следующим клиническим проявлениям

- 1) вялость
- 2) адинамия
- 3) беспокойство
- 4) вздрагивание

65. Клинически явная тетания проявляется

- 1) симптомом Хвостека
- 2) ларингоспазмом
- 3) карпопедальными спазмами
- 4) клонико-тоническими судорогами
- 5) синдромом Труссо

66. Какие типы приступов относятся по характеру к генерализованным

- 1) абсансы
- 2) миоклонические
- 3) фокальные моторные
- 4) астатические
- 5) карпопедальный спазм

67. К наиболее эпилептогенным зонам головного мозга относятся

- 1) лобная кора
- 2) миндалины мозжечка
- 3) гиппокамп
- 4) ретикулярная формация

68. Какие из перечисленных приступов у детей раннего возраста относятся к психогенным

- 1) аффективно-респираторные приступы

- 2) истерические приступы
- 3) абсансы
- 4) гипогликемические приступы
- 5) приступы сомнамбулизма

Ответы на тестовые задания 61) 3; 62) 2; 63) 1; 64) 3,4; 65) 2,3,4; 66) 1,2,4; 67) 1, 3; 68) 1,2;

3.1.3.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

69. Какие из перечисленных клинико-anamnestических признаков не относятся к простому фебрильному приступу

- 1) возникновение приступа судорог при температуре тела выше 38,5С
- 2) отсутствие очаговой неврологической симптоматики при приступе
- 3) наличие постприступного паралича
- 4) возраст ребенка от 3 мес до 5 лет
- 5) нормальное нервно-психическое развитие
- 6) наличие задержки в нервно-психическом развитии

70. Какие из перечисленных клинико-anamnestических признаков характерны для сложного фебрильного приступа

- 1) серийность и повторяемость
- 2) наличие очаговой неврологической симптоматики до и после приступа
- 3) возраст ребенка от 3 мес до 5 лет
- 4) нормальное нервно-психическое развитие
- 5) развитие приступа судорог при субфебрильной температуре

71. Болезнь Гоше наследуется по типу

- 1) аутосомно-доминантному
- 2) аутосомно-рецессивному
- 3) сцепленному с X-хромосомой

72. Болезнь Ниманна-Пика наследуется по типу

- 1) аутосомно-доминантному
- 2) аутосомно-рецессивному
- 3) сцепленному с X-хромосомой

73. Характерными признаками болезни Гоше являются

- 1) кардиомегалия
- 2) гепатомегалия
- 3) спленомегалия

- 4) увеличение почек
- 5) асептический некроз шейки бедра

74. Диагноз болезни Гоше подтверждается определением активности фермента глюкоцереброзидазы в

- 1) лейкоцитах
- 2) эритроцитах
- 3) фибробластах кожи
- 4) гепатоцитах
- 5) тромбоцитах

75. Характерными признаками болезни Ниманна-Пика являются

- 1) кардиомегалия
- 2) гепатомегалия
- 3) спленомегалия
- 4) увеличение почек
- 5) частые бронхолегочные заболевания

76. Диагноз болезни Ниманна-Пика подтверждается определением активности фермента

- 1) сфингомиелиназы в лейкоцитах крови
- 2) глюкозо-6-фосфата в эритроцитах
- 3) глюкоцереброзидазы в фибробластах кожи
- 4) аланинаминотрансферазы в гепатоцитах

77. В ДЕБЮТЕ БОЛЕЗНИ ТЕЯ-САКСА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) слепота
- 2) аномальная акустико-моторная реакция
- 3) маятникообразный нистагм
- 4) чрезмерное увеличение окружности головы
- 5) судороги

78. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ИМЕЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ В ВИДЕ

- 1) глаукомы
- 2) симптома «вишневой косточки»
- 3) недоразвития органа зрения

79. ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) изменение соотношения липидов плазмы
- 2) отложение липидов в тканях организма

3) ничего из перечисленного

80. ПРОГНОЗ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

1) неблагоприятный

2) благоприятный

Ответы на тестовые задания:

69) 3,6; 70) 1,2; 71) 2; 72) 2; 73) 2,3,5; 74) 1,3; 75) 2,4,5; 76) 1; 77) 2,3; 78) 2; 79) 1; 80) 1;

3.1.5.3. Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5:

Задача № 1.

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до $39,8^{\circ}\text{C}$ и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до $37,4-37,7^{\circ}\text{C}$, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до $39,8^{\circ}\text{C}$.

При осмотре врачом "скорой помощи" отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД - 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно - звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - II ребро, левая - на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НЬ - 112 г/л, Эр $-3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. - 0,83, Лейк $-9,8 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я - 4%, с - 32%, э - 1%, л - 56%, м - 7%, СОЭ - 11 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевина $-4,7$ ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
3. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
4. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
5. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания?
6. Какие предрасполагающие факторы играют роль в развитии гипертермического синдрома у детей раннего возраста?
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
8. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?
9. Каким специалистам нужно показать данного ребенка?
10. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

11. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

12. Какие варианты гипертермического синдрома Вы знаете?

Задача N 2

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.

Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой средне-ключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Общий анализ крови:** НЬ - 120 г/л. Эр - $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,83, Лейк - $7,2 \cdot 10^9/л$, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма - 1,8-2,1), фосфор - 0,6 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

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

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы способствуют развитию тетании у детей раннего возраста?
5. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
6. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
7. С какой целью больному проведена спинномозговая пункция?
8. Чем опасен судорожный синдром?
9. Какова тактика ведения такого больного на участке?
10. Какие специалисты должны вести наблюдение за данным ребенком в поликлинике?
11. Какие лабораторные обследования необходимо провести в динамике?
12. Каков прогноз данного ребенка?

Задача N 3

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами.

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

Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2x2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

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

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения кальция и фосфора в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?
4. Какие изменения кислотно-основного обмена следует ожидать у ребенка?
5. Какова функция паращитовидных желез у ребенка?
6. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
7. Связано ли развитие судорожного синдрома с временем года?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Какие исследования необходимо провести для уточнения генеза анемии?
10. Какова терапия этого заболевания?
11. Каков прогноз?
12. Какие профилактические мероприятия следует проводить ребенку?

Ответы:

1. ОРВИ, гипертермический синдром.
2. ОРВИ. Острый (простой) бронхит. Рахит I-II степени, подострое течение; фаза разгара. Судорожный синдром при спазмофилии.
3. Спазмофилия; манифестная форма; рахит III степени, стадия разгара, острое течение, задержка темпов психомоторного развития; гипохромная анемия.

3.1.4 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Гематология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.4.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

81. ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕЙКОЗНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лимфатические узлы
- 2) костный мозг

3) ЦНС

4) паренхиматозные органы

82. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ ОТЛИЧАЮТСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА

1) длительностью заболевания

2) остротой клинических проявлений

3) степенью дифференцировки опухолевых клеток

83. ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

1) угнетением мегакариоцитарного роста

2) недостаточной функцией тромбоцитов

3) повышенным разрушением тромбоцитов

84. ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1) глюкокортикоидов

2) полихимиотерапии

3) лучевой терапии

4) глюкокортикоидов+полихимиотерапии

5) глюкокортикоидов+полихимиотерапии+лучевой терапии

85. КОСТНОМОЗГОВАЯ РЕМИССИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ В КОСТНОМ МОЗГЕ

1) менее 30% бластов

2) менее 5% бластов

3) отсутствием бластов

86. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО

1) выявить лейкоцитоз в периферической крови

2) обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме

3) выявить анемию

4) выявить тромбоцитопению

87. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, ТО СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

1) эритремии

2) апластической анемии

3) остром лейкозе

4) В-12 дефицитной анемии

88. Субстратом опухоли при хронической фазе хронического миело-лейкоза являются

1) зрелые клетки

2) незрелые клетки

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

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

90. ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ТИПА ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХРОМОСОМНОГО НАБОРА

- 1) трисомия 21
- 2) моносомия 7
- 3) транслокация(9,22)
- 4) транслокация (4,11)
- 5) гиперплоидия

Ответы на тестовые задания:

81) 2; 82) 3; 83) 1; 84) 4; 85) 2; 86) 2; 87) 3; 88) 1; 89) 3; 90) 3;

3.1.4.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4

91. ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕЙКОЗНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лимфатические узлы
- 2) костный мозг
- 3) ЦНС
- 4) паренхиматозные органы

92. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ ОТЛИЧАЮТСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА

- 1) длительностью заболевания
- 2) остротой клинических проявлений
- 3) степенью дифференцировки опухолевых клеток

93. ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) угнетением мегакариоцитарного роста
- 2) недостаточной функцией тромбоцитов
- 3) повышенным разрушением тромбоцитов

94. ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) глюкокортикоидов
- 2) полихимиотерапии
- 3) лучевой терапии

- 4) глюкокортикоидов+полихимиотерапии
- 5) глюкокортикоидов+полихимиотерапии+лучевой терапии

95. КОСТНОМАЗГОВАЯ РЕМИССИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ В КОСТНОМ МОЗГЕ

- 1) менее 30% бластов
- 2) менее 5% бластов
- 3) отсутствием бластов

96. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО

- 1) Выявить лейкоцитоз в периферической крови
- 2) Обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме
- 3) Выявить анемию
- 4) Выявить тромбоцитопению

97. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, ТО СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

- 1) Эритремии
- 2) Апластической анемии
- 3) Остром лейкоз
- 4) В-12 дефицитной анемии

98. Субстратом опухоли при хронической фазе хронического миело-лейкоза являются

- 1) зрелые клетки
- 2) незрелые клетки

99. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

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

100. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХРОМОСОМНОГО НАБОРА

- 1) трисомия 21
- 2) моносомия 7
- 3) транслокация(9,22)
- 4) транслокация (4,11)
- 5) гиперплоидия

101. ДИАГНОЗ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) анализа периферической крови
- 2) пункции лимфатического узла
- 3) биопсии лимфатического узла
- 4) пункции костного мозга

102. ВЫБОР СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ Л ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЗАВИСИТ

- 1) от стадии заболевания
- 2) от гистологического варианта
- 3) от степени активности процесса
- 4) всегда одинакова

103. РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение шейных лимфатических узлов
- 2) увеличение паратрахеальных лимфатических узлов
- 3) обнаружение клеток Березовского-Штернберга
- 4) гиперлейкоцитоз

104. ДЛЯ КАКОЙ СТАДИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ КОСТНОГО МОЗГА

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV*

105. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ IV СТАДИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) глюкокортикоиды+полихимиотерапия+лучевая терапия
- 2) только лучевая терапия
- 3) только полихимиотерапия
- 4) полихимиотерапия+лучевая терапия
- 5) посиндромная терапия

106. НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

- 1) нодулярный склероз
- 2) с лимфоцитарным преобладанием
- 3) смешанно-клеточный
- 4) с лимфоцитарным истощением

107. ЛИМФОМА ХОДЖКИНА ИМЕЕТ СИНОНИМ

- 1) лимфома Ходжкина
- 2) неходжкинская лимфома
- 3) острый промиелоцитарный лейкоз

108. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) головные боли
- 2) лимфаденопатия
- 3) желтуха кожных покровов и иктеричность склер

109. ДЛЯ КАКОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ БОЛЕЕ 2-Х ГРУПП ЛИМФОУЗЛОВ С ОДНОЙ СТОРОНЫ ДИАФРАГМЫ ИЛИ НАЛИЧИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ОЧАГОВ В НЕЛИМФОИДНОМ ОРГАНЕ ИЛИ РЕГИОНЕ + ОДНА ИЛИ НЕСКОЛЬКО ГРУПП ЛИМФОУЗЛОВ ПО ТУЖЕ СТОРОНУ ДИАФРАГМЫ

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) VI

110. ПРИ КАКОЙ СТАДИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) VI

Ответы на тестовые задания:

91) 2; 92) 3; 93) 1; 94) 4; 95) 2; 96) 2; 97) 3; 98) 1; 99) 3; 100) 3; 101) 3; 102) 1; 103) 3; 104) 4; 105) 1; 106) 4; 107) 1; 108) 2; 109) 2; 110) 4; 1

3.1.4.3. Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5

Задача N 1

Девочка Л., 13 лет, поступила в стационар с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,5°C, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0x7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 495×10^9 /л, Лейк - $8,4 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 72%, э - 1%, л - 20%, м - 3%, СОЭ - 37 мм/час.

Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты - 0,2%, нейтральный росток - 65%, эритроидный росток - 21%, лимфоциты - 8%, эозинофилы - 6%, мегакариоциты - 1 на 200 миелокариоцитов.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания и гистологического варианта?
3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
4. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного? Если да, то какие?
5. Что включает в себя лечение данной патологии?
6. От чего зависит объем лечебных мероприятий?
7. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
8. Консультация какого специалиста и почему была необходима на госпитальном этапе?
9. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
10. Назовите морфологические особенности клетки Березовского-Штернберга.
11. Назовите группы лимфатических узлов средостения, наиболее часто поражающихся при данном заболевании.
12. Каков прогноз заболевания в данном случае?
13. Каким образом проводится диспансеризация больных с данной патологией?
14. Перечислите препараты, применяющиеся при данной патологии, и объясните механизм их действия.
15. Объясните патогенез лихорадки при данной патологии.
16. Какие клетки являются предшественниками клеток Березовского-Штернберга и как они выглядят?

Задача N 2

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

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

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - единичные, Лейк - 208×10^9 /л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакарициты - не найдены.

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

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

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

Задание

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. На каком основании был заподозрен хронический лейкоз?
3. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
4. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
6. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
7. Объясните патогенез клинических симптомов.
8. Как Вы понимаете термин "опухолевая прогрессия"?
9. Опишите морфологические особенности лимфобласта.
10. Какие цитохимические реакции характерны для миелобластов?
11. Опишите возможные офтальмологические симптомы при данной патологии.
12. На какую фазу клеточного цикла действует преднизолон?
13. Опишите наиболее часто встречающиеся цитогенетические аномалии при хроническом миелолейкозе.
14. Когда и где появляются первые клетки крови во внутриутробном периоде?

Ответы на ситуационные задачи

1. Лимфома Ходжкина, II Б стадия.
2. Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейролейкоз.

3.1.5 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Кардиология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.5.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

111. К кардиальным проявлениям синдрома вегетативных дисфункций относятся

- 1) редкие экстрасистолы
- 2) пролапс митрального клапана
- 3) кардиомегалия

112. Для вегетососудистой дистонии по ваготоническому типу характерны:

- 1) сердцебиение
- 2) уменьшение потоотделения
- 3) плохая переносимость душных помещений
- 4) мраморность, цианоз конечностей
- 5) повышение ощущения зябкости

113. Для вагоинсулярного криза характерны

- 1) сердцебиение
- 2) рвота

3) боли в животе

4) головные боли

5) одышка

6) учащенное мочеиспускание

114. Развитие вазовагального обморока можно объяснить

1) повышением холинэргической активности

2) недостаточным симпатическим обеспечением деятельности

3) дилатацией сосудов скелетных мышц

4) гиперчувствительностью каротидного синуса

115. Предрасполагающие факторы синдрома вегетативной дистонии

1) быстрые, стремительные роды

2) внутриутробная гипоксия

3) внутричерепная гипертензия

4) психоэмоциональное напряжение у детей, связанное с неблагоприятной обстановкой дома

116. С чем связан вагальный обморок

1) внезапно увеличивающейся холинэргической активностью

2) дилатация сосудов скелетных мышц

3) резкое падение периферического сопротивления и АД*

4) резким снижением мозгового кровотока

117. Другие факторы, провоцирующие синдром вегетативной дистонии

1) гиподинамия

2) чрезмерные физические нагрузки

3) оперативные вмешательства и наркоз

4) неблагоприятные метеоусловия

5) аллергия

118. Что характеризует синдром вегетативной дистонии смешанного генеза

1) кардиалгии, возникающие при перемене погоды, не связанные с физической нагрузкой

2) субъективно воспринимаемое сердцебиение как при тахикардии, так и нередко при нормальной деятельности сердца («всегда чувствует свое сердце»)

3) лабильности и асимметрия АД

119. что характерно для ваготонии

1) сужение зрачка

2) энурез, частые мочеиспускания

3) боли в ногах (преимущественно вечером и ночью)

120. какие исследования показаны детям с синдромом вегетативной дистонии

- 1) кардиоинтервалография
- 2) клинортогостатическая проба
- 3) краниография
- 4) электроэнцефалография
- 5) реоэнцефалография

Ответы на тестовые задания:

111) 2,3; 112) 3,4,5; 113) 2,3,4,5; 114) 1,3; 115) 1,2,3,4; 116) 1,2,3,4; 117) 1,2,3,4,5; 118) 1,2,3; 119) 1,2,3; 120) 1,2,3,4,5;

3.1.5.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

121. PQ при синдроме WPW составляет

- 1) 0,14 мс
- 2) 0,10 мс
- 3) 0,18 мс
- 4) 0,20 мс
- 5) 0,22 мс

122. дети с синдромом WPW на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению

- 1) ревматизма
- 2) гипертрофической кардиомиопатии
- 3) пароксизмальной тахикардии
- 4) перикардита
- 5) синдрома внезапной смерти

123. наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является

- 1) ЭКГ
- 2) УЗИ
- 3) ФКГ
- 4) Рентгенограмма сердца
- 5) Реограмма

124. снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано

- 1) Гиперкалиемией
- 2) гипокалиемией
- 3) инфекционно-токсической кардиопатией
- 4) тяжелой аллергической реакцией
- 5) миокардитом

125. синдром длинного QT на ЭКГ выглядит

- 1) удлинение зубцов P, PQ, QRS, QRST
- 2) удлинение PQ, QRS
- 3) зубцы P, PQ, QRS не уширены, увеличен комплекс QRST более 0,48 сек

126. что общее у атриовентрикулярных блокад II степени типа Mobitz-I и Mobitz-II на ЭКГ

- 1) замедление атриовентрикулярной проводимости
- 2) выпадение желудочкового комплекса (периоды Самойлова-Венкебаха)
- 3) брадиаритмия

127. чем отличается Mobitz I от Mobitz II

- 1) при первом- интервал PQ строго удлиннен (больше 0,2)
- 2) при втором- интервал PQ постепенно удлиняется из цикла в цикл с последующим выпадением желудочкового комплекса*
- 3) интервал PQ укорачивается в обоих случаях

128. характерные признаки желудочковой экстрасистолии на ЭКГ

- 1) внеочередное сокращение
- 2) отсутствие зубца P
- 3) уширение и деформация комплекса QRS
- 4) наличие компенсаторной паузы

129. когда компенсаторная пауза может отсутствовать при желудочковой экстрасистолии

- 1) при частых единичных экстрасистолах
- 2) при экстрасистолах из разных желудочков
- 3) при групповых экстрасистолах

130. для сухого или фибринозного перикардита типичны все симптомы, кроме

- 1) тупая давящая боль в сердце
- 2) инфекционно-воспалительный синдром
- 3) перикардальный трехфазный шум в сердце, не проводящийся за его пределы
- 4) шум трения перикарда
- 5) на ЭКГ- конкордантный подъем S-T_{I,II,III}
- 6) на ЭКГ- дискордантный S-T_{I,II,III} , отрицательный T

131. наиболее часто встречаются эндокардиты

- 1) первичные
- 2) вторичные*

132. при лечении инфекционного эндокардита обязательным является назначение

- 1) антибактериальных препаратов
- 2) глюкокортикоидов

133. при бактериальном поражении открытого артериального протока наблюдается

- 1) увеличение селезенки
- 2) лихорадка
- 3) увеличение СОЭ
- 4) анемия

134. для бактериального (инфекционного) эндокардита характерны следующие симптомы

- 1) Лихорадка
- 2) поражение аортального клапана
- 3) увеличение СОЭ
- 4) гиперкоагуляция

135. укажите самые ранние признаки бактериального эндокардита

- 1) подъем температуры
- 2) увеличение СОЭ
- 3) изменение окраска кожных покровов
- 4) увеличение печени

136.причиной асептических перикардитов могут быть

- 1) аллергические заболевания
- 2) системная склеродермия
- 3) системная красная волчанка
- 4) ревматоидный артрит
- 5) травма перикарда

137.причиной асептического перикардита может быть

- 1) комиссуротомия
- 2) системные заболевания крови
- 3) злокачественные опухоли
- 4) гормонотерапия

138.острое течение могут иметь перикардиты

- 1) фибринозный
- 2) экссудативный
- 3) гнойный

139.хронический адгезивный перикардит протекает

- 1) бессимптомно
- 2) с нарушением сердечной деятельности
- 3) с отложением извести («панцирное» сердце)
- 4) в виде констриктивного перикардита
- 5) с экстраперикардиальными спайками

Ответы на тестовые задания:

121) 2; 122) 3,4; 123) 2; 124) 1; 125) 3; 126) 1,2,3; 127) 1,2; 128) 1,2,3,4; 129) 1,3; 130) 1,2,3,4,6;
131) 2; 132) 1; 133) 1,2,3,4; 134) 1,2,3,4; 135) 3,4; 136) 1,2,3,4,5; 137) 1,2,3,4; 138) 1,2,3; 139) 1,2,3,4;

3.1.5.3. Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5:

Задача N 1

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5°C в течение 2 дней.

С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ - 100 г/д, лейкоциты - $6,4 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 43%, э - 1%, б - 1%, м - 3%, л - 40%, СОЭ - 11 мм рт.ст. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Лейк - $6,3 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
4. Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
7. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?
8. Какие вирусы тропны к миокарду?
9. Каково соотношение громкости тонов на верхушке у здорового ребенка?
10. Изменяются ли с возрастом ребенка границы относительной сердечной тупости? Если да, то как?
11. Какой из механизмов действия сердечных гликозидов используется в данной ситуации, если Вы рекомендуете их назначить?
12. Какие диуретики Вы назначите больному и почему?

Задача N 2

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель. Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром

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

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л. Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,0 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 56%,

л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

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

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен.

КТИ - 60%.

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Чем обусловлены некоторые экстракардиальные жалобы (боли в животе и рвота)?
6. Составьте план лечения данного ребенка.
7. Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза?
8. Возможен ли врожденный характер заболевания?
9. Каков морфологический субстрат заболевания?
10. Какие по сравнению с нормой показатели артериального давления можно ожидать и почему?
11. На чем основан метод ЭхоКГ? Каковы его возможности в настоящее время?
12. Какими морфологическими изменениями объясняются нарушения на ЭКГ?

Ответы на ситуационные задачи

1. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, Н₂Б.
2. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, Н₂Б.

3.1.6 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Неонатология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.6.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

141. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРИЧИН

СМЕРТИ ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ

- 1) С 22 недели гестации
- 2) С 21 недели гестации
- 3) С 20 недели гестации
- 4) С 23 недели гестации
- 5) С 24 недели гестации

142. СОГЛАСНО МКБ-10 ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАВЕРШАЕТСЯ:

- 1) На 7-й полный день после родов
- 2) На 5-й полный день после родов
- 3) На 10 полный день после родов
- 4) На 14 полный день после родов
- 5) На 21 полный день после родов

143. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗДЕЛЯЮТ НА

- 1) Преконцептуальный период
- 2) Антенатальный период
- 3) Интранатальный период
- 4) Ранний неонатальный период
- 5) Поздний неонатальный период

144. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД С ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЕЛИТЬ НА ПЕРИОДЫ

- 1) Зиготный
- 2) Бластный
- 3) Эмбриональный
- 4) Ранний фетальный
- 5) Поздний фетальный

145. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) От периода предвестников родов до момента рождения ребенка
- 2) От момента отхождения околоплодных вод до рождения ребенка
- 3) От начала родовой деятельности до момента рождения ребенка
- 4) От начала родовой деятельности до пересечения пуповины
- 5) От начала родовой деятельности до отхождения плаценты

146. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) От момента рождения до окончания полных 28 дней после рождения
- 2) От момента перевязки пуповины до окончания полных 28 дней после рождения
- 3) От момента отделения плаценты до окончания полных 28 дней жизни
- 4) От момента рождения до окончания полных 25 дней жизни
- 5) От момента рождения до окончания полных 30 дней жизни

147. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ

АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ

- 1) 3 балла и менее
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов

148. ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 2) судороги
- 3) мышечная дистония, гипотония, вялость

149. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вялость, адинамия
- 2) внутричерепная гипертензия
- 3) гипорефлексия
- 4) усиление рефлексов орального автоматизма
- 5) гипертонус мышц

150. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ III СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) отсутствие рефлексов
- 2) судороги
- 3) нарушения ритма сердцебиения
- 4) нарушения ритма дыхания

151. ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ КАК ИСХОД ФЕТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА

- 1) возможно
- 2) невозможно

152. ФОРМИРОВАНИЕ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕНЕСЕННОГО ФЕТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА

- 1) возможно
- 2) невозможно

Ответы на тестовые задания:

141) 1; 142) 1; 143) 2,3,4; 144) 3,4,5; 145) 3; 146) 1; 147) 1; 148) 1; 149) 1,2; 150) 1,2,3,4; 151) 1; 152) 1;

3.1.6.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

153. ВАКЦИНАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) в первые 12 часов жизни
- 2) на 2 день жизни
- 3) на 3 день жизни

- 4) на 4 день жизни
- 5) при выписке из родильного дома

154. ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) гемолитической болезни новорожденных
- 2) дефиците альфа-1-антитрипсина
- 3) атрезии желчевыводящих ходов
- 4) фетальном гепатите
- 5) конъюгационной желтухе, обусловленной морфо-функциональной незрелостью

155. ВИЗУАЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ УРОВНЕ БИЛИРУБИНА

- 1) 25 мкмоль/л
- 2) 50 мкмоль/л
- 3) 85 мкмоль/л
- 4) 100 мкмоль/л
- 5) 172 мкмоль/л

156. ГИПЕБИЛИРУБИНЕМИЯ С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) при полной атрезии внепеченочных желчных путей
- 2) при синдроме сгущения желчи
- 3) при гемолитической болезни новорожденных
- 4) при полицитемии

157. РЕТИКУЛОЦИТОЗ И СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ГБН

- 1) характерны
- 2) не характерны

158. ПОЛИЦИТЕМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) бледно-желтушным оттенком кожи
- 2) желтухой и цианозом с вишневым оттенком
- 3) судорогами
- 4) гематокритным числом 0,65-0,7
- 5) уровнем гемоглобина 220 г/л и более

159. ДЛЯ ЖЕЛТУХ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ГЕПАТОЦИТОВ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) отсутствие анемии
- 2) отсутствие увеличения селезенки
- 3) отсутствие ретикулоцитоза
- 4) наличие анемии
- 5) наличие ретикулоцитоза

160. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ «ЖЕЛТУХИ ОТ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА»

МОЖЕТ БЫТЬ

1) снижение уровня билирубина (непрямого) на 85 мкмоль/л и более при прекращении кормления материнским молоком на 48-72

2) снижение уровня билирубина (непрямого) на 30 мкмоль/л при тех же условиях

3) снижение уровня непрямого билирубина на 50 мкмоль/л при тех же условиях

161. Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение

1) переливаний эритроцитарной массы

2) витамина Е

3) рекомбинантного эритропоэтина

4) дексаметазона

162. Степень тяжести СДР у недоношенных оценивается по шкале

1) Апгар

2) Сильвермана

3) Дубовица

4) Дементьевой

163. Показаниями к проведению ИВЛ у новорожденных являются

1) одышка до 60 в 1 минуту

2) одышка более 80 в 1 минуту, повторные апноэ, РОг г менее 50 мм рт.ст., РСОг более 60 мм рт.ст., рН менее 7,2

3) РОг менее 60 мм рт.ст., РСQ более 50 мм рт.ст., рН менее 7,25

164. Искусственный сурфактант недоношенным детям вводится

1) энтерально

2) эндотрахеально

3) внутривенно

4) внутримышечно

165. Особенности сепсиса у недоношенных детей по сравнению с доношенными являются

1) чаще внутриутробное инфицирование, в форме септицемии

2) чаще постнатальное инфицирование

3) форма септикопиемии

166. На второй этап выхаживания из детей с ЭНМТ поступают

1) 5% детей

2) Не более 11 % детей

3) 15% детей

4) 20 % детей

5) Более 25% детей

167. В катамнезе детей с ЭНМТ отмечается высокая частота

1) Врожденных пороков развития

- 2) Тяжелой неврологической патологии (ДЦП)
- 3) Бронхолегочной дисплазии
- 4) Высокий инфекционный индекс
- 5) В обучении в спецшколах нуждаются от 33% до 68% детей

168. Ретинопатия у детей с ЭНМТ встречается с частотой

- 1) Не встречается
- 2) Встречается с очень высокой частотой
- 3) Встречается с частотой 1%
- 4) Встречается с частотой 5%
- 5) Диагностируется с частотой 10%

169. Для диагностики РДС у детей с ЭНМТ используются дополнительные методы исследования

- 1) Пенный тест Клементса
- 2) Рентгенологическое обследование
- 3) Оценка КОС
- 4) Анализ параметров системы свертывания крови
- 5) Анализ параметров фибринолиза

170. Врожденные и респиратор-ассоциированные пневмонии в группе детей с ЭНМТ

- 1) Не встречаются
- 2) Диагностируются в единичных случаях
- 3) Отмечается высокая частота встречаемости
- 4) Встречаются в 2% случаев
- 5) Встречаются в 5% случаев

Ответы на тестовые задания:

153) 1; 154) 1; 155) 2; 156) 3,4; 157) 1; 158) 2,3,4,5; 159) 1,2,3; 160) 1; 161) 1; 162) 1; 163) 1; 164) 2; 165) 2; 166) 3,4; 167) 1; 168) 2,3,4,5; 169) 1,2,3; 170) 3

3.1.6.3. Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5:

Задача N 1

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в

1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Ангар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови матери A(II) Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94,

Лейк - $9,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час,

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АлАт - 0,32 мккат/л, АсАт - 0,28 мккат/л.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
8. Каков генез желтухи в данном случае?
9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?
11. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?
12. Требуется ли лечение желтухи у данного ребенка?
13. Как кормить этого ребенка?

Задача N 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных родильного дома с диагнозом "кишечное кровотечение".

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й-25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3 день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб 310×10^9 /л, Лейк - $5,9 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 51% л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. **Время свертывания по Брюккеру:** начало -

3,5 минуты, конец - 7 минут.

Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90 (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12- 15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый индекс-25%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АсАт - 0,38 мккат/л., АлАт - 0,42 мккат/л.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз у этого ребенка?
13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

Задача N 3

У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высовывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке.

Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - +1 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - +1 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Общий анализ крови: НЬ - 112 г/л. Эр - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10,3 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность - мутная, лейкоциты - 10-12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода Candida.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз - 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты - 62%, моноциты - 22%, белок - 2,08 г/л (норма - 0,49-0,80).

Посев ликвора на бактериальные среды: стерильный.

Посев ликвора на грибы: высеваются грибы рода Candida albicans.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в возрасте 1 мес 10 дней.
3. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать парез правой руки? Какое

- обследование и в какой срок после начала заболевания необходимо провести для диагностики?
6. Какой метод обследования необходимо повторять для контроля эффективности терапии?
 7. Какие методы обследования показаны для выяснения этиологии судорожного синдрома?
 8. Назначьте лечение.
 9. В чем заключается профилактика данного заболевания?
 10. Нужно ли изолировать данного ребенка?
 11. Каков прогноз для жизни и здоровья у данного ребенка?
 12. В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?

Задача N 4

Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсикозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 32-й неделе (первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см, окружность головы - 30 см, грудной клетки - 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес СДР, тяжелый (первичные распространенные ателектазы), ДН III ст. До 7 суток находился на ИВЛ. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, "машинный" систоло-диастолический шум. ЧСС 170 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка +0,5 см.

Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л. Эр - $6,7 \cdot 10^{12}$ /л, Лейк - $5,4 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 32%, э - 2%, л - 54%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 66%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС - 180 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.

ЭхоКГ: левые отделы сердца увеличены, отмечается ускорение движения створок митрального клапана. Визуализируется открытый артериальный проток, размеры 2,5 мм.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к развитию данного состояния у этого ребенка?
3. Как в норме происходит перестройка кровообращения после рождения?
4. С чем связано наличие хрипов в легких у ребенка?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
6. Какова дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома в данном случае?
7. Консультации каких специалистов необходимы ребенку?
8. Какие осложнения характерны для данной патологии?
9. Перечислите морфологические и функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у недоношенного ребенка.
10. Какое лечение необходимо ребенку (принципы терапии)?

Ответы на ситуационные задачи:

1. Физиологическая желтуха.
2. Геморрагическая болезнь новорожденного. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемического генеза. Средней степени тяжести. Синдром угнетения. Конъюгационная

желтуха. Морфофункциональная незрелость.

3. Генерализованная кандидозная инфекция (менингоэнцефалит, кандидоз кожи и слизистых, кандидоз мочевыводящей системы). Анемия I степени, смешанной этиологии. Пневмония в неонатальном периоде. Недоношенность 32-33 недели.
4. Открытый артериальный проток; НК II A степени. Недоношенность 32 недели.

3.1.7 Контролируемый раздел дисциплины «Клиника, диагностика, лечение болезней детского возраста. Нефрология», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5

3.1.7.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

171. ДЛЯ 3 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

- 1) Диурез менее 0,5 мл/кг/час за 6 часов.
- 2) диурез менее 0,5 мл/кг/час за 12 часов
- 3) диурез менее 0,3 мл/кг/час за 24 часа или анурия более 12 часов

172. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) Отмена нефротоксических препаратов
- 2) Мониторинг артериального давления и объема циркулирующей крови
- 3) Коррекция возможной гиповолемии
- 4) Избегать гипергликемии
- 5) Контроль креатинина плазмы и диуреза
- 6) решение вопроса о начале заместительной терапии

173. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) Отмена нефротоксических препаратов
- 2) Мониторинг артериального давления и объема циркулирующей крови
- 3) Коррекция возможной гиповолемии
- 4) Избегать гипергликемии
- 5) Контроль креатинина плазмы и диуреза
- 6) решение вопроса о начале заместительной терапии

174. К ПРЕРЕНАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОПП ОТНОСЯТ

- 1) Гиповолемию любой этиологии
- 2) снижение сердечного выброса
- 3) Почечную вазоконстрикцию
- 4) тромботическую микроангиопатию

175. К РЕНАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОПП ОТНОСЯТ

- 1) нефриты
- 2) тромботическую микроангиопатию
- 3) снижение сердечного выброса
- 4) ишемическое поражение почек
- 5) сепсис

176. К ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ОПП МОГУТ ПРИВЕСТИ

- 1) мочекаменная болезнь
- 2) опухоли лоханки и мочеточника
- 3) сепсис
- 4) тромботическая микроангиопатия
- 5) врожденные аномалии развития с нарушением уродинамики

177. ПОКАЗАНИЯ К ДИАЛИЗУ ПРИ ОПП

- 1) гиперкалиемия
- 2) метаболический ацидоз
- 3) повышение сывороточного креатинина более 114 мкмоль/л
- 4) гипергидратация
- 5) отек легких

178. БОЛЬНЫЕ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОПП ДОЛЖНЫ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1) до стабилизации состояния
- 2) минимум 3 месяца после перенесенной ОПП
- 3) минимум 1 год после перенесенной ОПП
- 4) пожизненно

179. ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) коррекцию гиповолемии.
- 2) использование вазопрессоров
- 3) поддержание оксигенации тканей (переливание эритроцитарной массы)*
- 4) поддержание оксигенации тканей (введение эритропоэтина)
- 5) поддержание целевого уровня глюкозы плазмы крови

180. БОЛЬНЫЕ С ОПП, НЕ ПОЛУЧАЮЩИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ БЕЛОК

- 1) 0,8-1,0 г/кг/сут
- 2) 1,0-1,5 г/кг/сут
- 3) 1,7 г/кг/сут

181. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

- 1) пурины

2) аскорбиновую кислоту

3) триптофан

4) метионин

5) хлорид натрия

182. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРУРАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) молочно-фруктово-ягодной

2) капустно-картофельной

3) мясо-молочной

4) 4) бессолевой

183. наследственный нефрит (синдром Альпорта) протекает со следующими симптомами

1) Гематурией

2) лейкоцитурией

3) тугоухостью

4) интоксикацией

5) прогрессирующим снижением функции почек

184. резистентное к терапии течение характерно для

1) нефротической формы гломерулонефрита

2) пиелонефрита

3) волчаночного нефрита

4) наследственного нефрита

5) цистита

185. лабораторными критериями дизметаболических нефропатий являются все перечисленные, кроме

1) повышение относительной плотности мочи

2) щелочная реакция мочи

3) микроэритроцитурия

4) бактериурия

5) оксалурия

Ответы на тестовые задания:

171) 3; 172) 1,2,3,4,5; 173) 1,2,3,4,5,6; 174) 1,2,3; 175) 2,4,5; 176) 1,2,5; 177) 1,2,4,5; 178) 2; 179) 1,2,3,5; 180) 1; 181) 2; 182) 1; 183) 1,5; 184) 4; 185) 4,5;

3.1.7.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

186. К КИСТОЗНЫМ ДИСПЛАЗИЯМ ПОЧЕК ОТНОСЯТ

1) поликистозная болезнь (аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный варианты)

2) нефронофтиз Фанкони

- 3) олиgoneфрония (олигомнганефрония);
- 4) сегментарная дисплазия (болезнь Аск-Алмарка)

187. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА

- 1) X – сцепленный синдром
- 2) аутосомно – рецессивный
- 3) аутосомно – доминантный

188. НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ ЭТО

- 1) микрокистоз почек
- 2) медуллярная кистозная болезнь
- 3) поликистоз почек
- 4) болезнь коллагена 4 типа

189. ПРИ НЕФРОНОФТИЗЕ ФАНКОНИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СТРАДАЮТ:

- 1) клубочки
- 2) канальцы
- 3) юктагломерулярный аппарат
- 4) капсула почки

190. ТЕРАПИЯ НЕФРОНОФТИЗА ФАНКОНИ

- 1) азатиоприн
- 2) преднизолон
- 3) аугментин
- 4) каптоприл

191. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом характеризуется

- 1) умеренными отеками
- 2) лейкоцитурией
- 3) протеинурией
- 4) азотемией
- 5) гематурией
- 6) гиперлипидемией
- 7) гипертонией

192. наиболее тяжелым морфологическим вариантом НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА является

- 1) минимальные изменения клубочков
- 2) мезангио-пролиферативный гломерулонефрит с полулуниями
- 3) пролиферативный гломерулонефрит (постинфекционный)
- 4) все перечисленное

193. гломерулонефрит у детей чаще является заболеванием

- 1) иммунокомплексным
- 2) неиммунным
- 3) микробно-воспалительным
- 4) аутоиммунным
- 5) вирусным

194. показанием к назначению глюкокортикоидов является

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

195. Доза преднизолона из расчета на кг массы тела при нефротическом синдроме

- 1) 3,0 мг/кг
- 2) 0,5 мг/кг
- 3) 1,0 мг/кг
- 4) 2,0 мг/кг

196. фильтрационную способность почек характеризует

- 1) клиренс эндогенного креатинина
- 2) креатинин крови
- 3) уровень мочевины крови
- 4) осмолярность мочи
- 5) креатинин мочи

197. для стимуляции функции надпочечников при нефротическом синдроме применяют следующие физиопроцедуры

- 1) УФО
- 2) ультразвук
- 3) электрофорез
- 4) УВЧ

198. гипергаммаглобулинемия характерна для

- 1) нефротического синдрома
- 2) волчаночного нефрита
- 3) пиелонефрита
- 4) наследственного нефрита
- 5) тубулоинтерстициального нефрита

199. характерные признаки амилоидоза

- 1) лейкоцитурия
- 2) массивная протеинурия
- 3) гипергаммаглобулинемия
- 4) повышение СОЭ
- 5) бактериурия
- 6) гиперхолестеринемия

200. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- 1) пиелонефрита
- 2) амилоидоза
- 3) системной красной волчанки
- 4) тромбоза почечных вен

Ответы на тестовые задания:

186) 1,2; 187) 1; 188) 2; 189) 2; 190) 4; 191) 1,3,5,7; 192) 3; 193) 1; 194) 1; 195) 4; 196) 1,3,5; 197) 4; 198) 2,5; 199) 2,3,6; 200) 2,3,4;

3.1.7.3. Кейс-задачи для контроля компетенции ПК-5:

Задача N 1

Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на изменения в анализах мочи, понижение слуха.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной недостаточности, страдал снижением слуха с 3 лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2-3 раза в год).

В 3 года, после перенесенного ОРВИ, в анализе мочи были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протеинурия до 600 мг/сут.

С диагнозом "хронический нефрит, гематурическая форма" мальчик неоднократно лечился по месту жительства, эффекта не было. Стал отставать в физическом развитии.

При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно-жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД 105/55 мм рт.ст. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови: Нв - 110 г/л., Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 66%, э - 1%, л - 23%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,9%, лейкоциты - 6-7 в п/з, эритроциты - покрывают все поле зрения, относительная плотность - 1007.

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,002 до 1,008; дневной

диурез- 250 мл, ночной диурез - 500 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, холестерин- 5,3 ммоль/л, мочеви́на – 4,3 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий- 135 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 75 мл/мин.

Внутривенная урография: правосторонняя пиелоэктазия, нерезко выраженная дилатация чашечек, асимметрия размеров почек.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких частотах.

Консультация окулиста: диагностированы катаракта I степени, миопия.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3. К какой группе заболевания относится данная патология?
4. Современное представление о патогенезе данного заболевания?
5. Оцените функцию почек.
6. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение.
8. Показано ли назначение глюкокортикоидов?
9. Прогноз?
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача N 2

Ребенок 2 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды (в стандартной дозировке), которые не оказали позитивного эффекта.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 3,6 ‰, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа₁-глобулины - 4%, альфа₂-глобулины - 14%, бета-глобулины -18%, гамма-глобулины - 24%, мочеви́на – 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.

Свободная мочева́я проба: относительная плотность - 1002-1005, дневной диурез - 50,0 мл, ночной диурез – 120,0 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 20 мл/мин.

Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

Задание

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дополнительные исследования для уточнения диагноза?

4. В каких районах России чаще всего встречается данное заболевание?
5. Тип наследования?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Патогенез отеков у больного?
8. Механизм развития анемии у данного больного?
9. Назначьте лечение.
10. Прогноз?
11. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача N 3

Мальчик 6,5 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. На сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа. Генеалогический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами. В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в анализах мочи: относительная плотность -1,002-1,008, протеинурия. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар. При поступлении состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, "готическое" небо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС - 90 уд/мин. АД -100/55 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки.

Общий анализ крови: Нб - 102 г/л, Эр - $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 64%, э - 4%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 200 мл, цвет - желтый, реакция - щелочная, относительная плотность -1004, белок - 0,02‰.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1003-1009, дневной диурез 500 мл, ночной диурез 700 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -59%, альфа₁-глобулины - 5%, альфа₂-глобулины - 8%, бета-глобулины -13%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 17,9 ммоль/л, креатинин - 123 мкмоль/л, калий - 5,16 ммоль/л, натрий - 142,3 ммоль/л.

КОС: рН - 7,3, ВЕ - -12 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 200), аммиак - 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность -40 ммоль/сут (норма - 48-62), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11).

Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 50 мл/мин (норма - 80-100).

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, лоцируются множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек, ЧЛС деформирована.

Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек.

Задание

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2. Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует включить в план обследования ребенка?
3. Имеются ли изменения в показателях относительной плотности мочи? Если да, то какого характера, каков генез их возникновения и о нарушении какой функции почек они свидетельствуют?
4. Укажите на имеющиеся изменения в кислотно-основном состоянии. С нарушением какой функции почек связано их появление?
5. Каков механизм происхождения анемии у больного?
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

7. Укажите возможные причины развития патологии почек у данного ребенка.
8. Назовите методы функционального исследования почек.
9. Назовите стигмы дизэмбриогенеза у данного ребенка.
10. Назначьте лечение.
11. Каков возможный прогноз заболевания?
12. Укажите длительность диспансерного наблюдения.

Ответы на ситуационные задачи:

1. Синдром Альпорта.
2. Врожденный нефротический синдром (микрокистоз почек). Анемия легкой степени тяжести.
3. Врожденный порок развития почек (поликистоз почек); ХБП 4 стадии; анемия легкой степени.

3.2 Промежуточный контроль

3.2.1 Контролируемая компетенция УК-1 «Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях»

3.2.1.1. Индивидуальные задания

1 Найдите в БД MEDLINE, доступной на сайте [www. pubmed.com](http://www.pubmed.com), следующие статьи, посвященные вопросам доказательной медицины:

- 1. Статьи, посвященные оценке иммунологической эффективности вакцинации против гриппа.*
- 2. Статьи, посвященные клинической эффективности ступенчатой антибиотикотерапии при пневмониях у детей*
- 3. Статьи, посвященные терапии цитомегаловирусной инфекции у недоношенных новорожденных*
- 4. Статьи, посвященные клинике и исходам болезни Кавасаки*
- 5. Клинические обзоры, посвященные эффективности различных препаратов железа в терапии железодефицитной анемии*

3.2.2 Контролируемая компетенция ОПК-4 «готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан»

3.2.2.1. Индивидуальные задания

1 Составьте план лечебно-профилактических мероприятий по профилактике гиповитаминоза Д в различных возрастных категориях, укажите план дополнительного обследования

2 Составьте план индивидуальной и групповой профилактики дефицита йода на примере педиатрического участка в йоддефицитном регионе, оцените возможность проведения массовой профилактики

3 Составьте алгоритм обследования ребенка с гематурией в зависимости от анамнестических и эпидемиологических данных

4 Составьте план лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости пневмониями в условиях педиатрического участка

5 Составьте план лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для ребенка родившегося массой 870 гр, на сроке 27 недель беременности, по достижению постконцептуального возраста 4 мес.

3.2.3. Контролируемая компетенция ПК-5 «способность критически анализировать результаты научного исследования и на их основе синтезировать новые знания в области педиатрии»

Задача N 1

Мальчик 11 лет, болен 1-е сутки. Накануне в школе во время перемены получил удар ногой в живот, появились резкие, схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в спину, ночью многократная рвота, тошнота. Диагноз острого живота был снят хирургами, переведен в гастроэнтерологическое отделение. Ребенок 1 в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту, прививки сделаны все, аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по матери) умер от опухоли прямой кишки.

Осмотр: ребенок беспокойный, с согнутыми ногами. Кожа бледная, серовато-цианотичная. Сердце - тоны звучные, ЧСС - 100 уд/мин. ЛД - 95/60 мм рт.ст., живот умеренно вздут, болезненный вокруг пупка, в точках Дежардена, Мейо - Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Печень +0, +0, в/3, безболезненна.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лсйк - $9,8 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 63%,

э - 3%, л - 21%, м - 8%, СОЭ - 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет, соли - немного, оксалаты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа₁ - 4%, альфа₂ - 14%, бета - 13%, гамма - 17%; ЩФ - 120 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 24 Ед/л, АсАТ - 29 Ед/л, амилаза - 250 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общ. билирубин - 14 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л, СРВ (+).

Диастаза мочи: 256 ед (норма 32-64).

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь грушевидной формы 53x22 мм, перегиб в с/3 тела, содержимое его гомогенное. Желудок - гомогенное содержимое, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка - 29 мм (норма 18), тело - 21 мм (норма 15), хвост - 28 мм (норма 19), эхогенность снижена.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие причины привели к развитию болезни?
4. Какие другие факторы у детей привордят к заболеванию?
5. Этиопатогенез заболевания.
6. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
7. Какие морфологические формы заболевания Вы знаете и какие из них чаще встречаются у детей?
8. Оцените биохимический анализ крови.
9. Какие показатели биохимического анализа крови желательно исследовать?
10. Оцените УЗИ.
11. Требуется ли дополнительные инструментальные методы исследования?
12. План лечения данного ребенка.
13. Назначьте ребенку диету.
14. Какие препараты из перечисленных следует использовать при лечении: фосфалюгель, ранитидин, лосек, сандостатин, баралгин, контрикал, церукал, мотилиум.
15. На каком этапе заболевания, какие и нужно ли использовать ферментные препараты?
16. Показания к хирургическому лечению при данной патологии.
- 17.

Задача N 2

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев.

У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо - Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $6,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - кислая; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, альбумины - 54%, глобулины: альфа₁ - 4%, альфа₂ - 8%, бета - 12%, гамма - 15%; ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин -

12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка - 18 мм (норма 18), тело - 16 мм (норма 14), хвост - 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

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

Задание

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
5. Перечислите основные методы диагностики хеликобактериоза у детей.
6. Современные принципы лечения данного заболевания.
7. Что такое эрадикация НР-инфекции?
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Тактика диспансерного наблюдения.
10. Дайте оценку общего анализа крови.
11. О чем говорит болезненность в т. Мейо - Робсона?
12. Назовите косвенные признаки хеликобактериоза на ЭГДС.
13. Как распознать увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ?
14. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
15. На чем основан дыхательный уреазный тест (принцип)?

Задача N 3.

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

перенесенной ОРВИ.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом 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 атонического 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 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, 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 перибронхиальных изменений.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5. Назначьте лечение.
6. На каком этапе необходимо подключать физиотерапевтические методы лечения?
7. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
8. Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?
9. Каков прогноз?
10. *Какое значение для прогноза заболевания имеет курение родителей?*

Задача N 4

Ребенок 2 месяцев.

Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании.

В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста - диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени.

Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-

жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Appetit отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л. Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,58, Ретик - 0,2%, Лейк - $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 32%, э - 1%, л - 60%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

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

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 18,5 мкмоль/л, прямой - 12,0 мкмоль/л, общий белок - 57,0 г/л, альбумины - 36 г/л, мочевины - 3,5 ммоль/л, холестерин - 2,2 ммоль/л, калий - 4 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 250 ед/л (норма - до 600), АЛТ - 0,21 мккат/л, АСТ - 0,30 мккат/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Основные патогенетические механизмы заболевания?
4. Какие варианты заболевания Вам известны?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
8. Назначьте лечение. Особенности диетотерапии при этом заболевании?
9. Как определяется степень гипотрофии?
10. Каковы принципы назначения питания у детей с гипотрофией?
11. Назначьте вскармливание с учетом степени гипотрофии.
12. Прогноз заболевания?

Задача 5

Ребенок 8 месяцев.

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

С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает внимание очень светлая кожа, белокурые волосы и яркие голубые глаза. От ребенка ощущается своеобразный "мышинный" запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная; поверхность ровная, гладкая, край закруглен. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать, отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких

сухожильных рефлексов.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1% с - 32%, э - 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

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

Проба Фелинга: положительная.

Задание

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что лежит в основе его возникновения?
3. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует предпринять для его подтверждения?
4. Существуют ли способы превентивной диагностики этого заболевания?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Каков прогноз больных в зависимости от сроков постановки диагноза?
7. Каковы принципы лечения этого заболевания?
8. В каком возрасте наблюдается манифестация заболевания?
9. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.
10. С какими причинами может быть связана рвота у ребенка в возрасте 1 мес, до 1 года?
11. При каких наследственных заболеваниях изменяется цвет и запах мочи?

Задача N 6

Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500 г, длиной 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.

Ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-33-й неделе, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

Состояние после рождения тяжелое за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), ДН ПА ст., НМК II ст. (синдром угнетения).

На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток - приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Находится на ИВЛ в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц асимметричен: слева больше, чем справа. Сухожильные рефлексы слева оживлены, отмечается судорожная готовность. Большой родничок 3х3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л. Эр - $2,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 1,0, Лейк - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 44%, э - 0%, л - 47%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты - 3-4 в п/з.

Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет - кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

Нейросонограмма (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости - эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм. Расширены полости прозрачной

перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
5. Какие осложнения могут возникнуть в последующем?
6. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
7. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
8. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание.
10. Какое лечение необходимо ребенку?
11. Каковы возможные причины апноэ у недоношенных?
12. Нуждается ли ребенок в переливании эрмассы? Как правильно провести эту процедуру?

3.3 ПРОГРАММА-МИНИМУМ кандидатского экзамена по специальности 14.01.08 «Педиатрия» по медицинским наукам

1. Государственная и общественная забота об охране здоровья детей в России

Основные принципы организации здравоохранения в России. Научные основы организации лечебно - профилактической помощи детям и подросткам. Достижения педиатрии в области снижения детской заболеваемости и смертности. Деятельность детских поликлиник, стационара. Диспансеризация детей. Медицинская деонтология. Роль отечественных ученых в развитии педиатрической науки.

2. Санитарная статистика детского населения

Основные показатели, характеризующие рождаемость населения. Общий показатель рождаемости, общий коэффициент плодовитости. Факторы, влияющие на общий показатель рождаемости. Общий показатель смертности населения. Естественный прирост населения.

Методы изучения заболеваемости детей. Индекс здоровья. Возрастные показатели заболеваемости детей, ее структура. Факторы, способствующие заболеваниям детей. Группы риска среди детского населения.

Детская смертность (ранняя неонатальная, неонатальная, постнеонатальная смертность). Перинатальная смертность. Мертворождаемость. Соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. Структура детской смертности. Основные причины неонатальной, постнеонатальной и детской смертности.

Факторы, влияющие на детскую смертность. Наследственные и врожденные факторы риска детской смертности.

3. Физиология растущего организма

Оценка показателей и определение уровня физического и нервно-психического развития здорового ребенка в различные периоды детства. Особенности развития ребенка в течение первого года жизни.

Определение группы здоровья. Особенности физического воспитания и закаливания детей в дошкольных учреждениях. Оценка готовности ребенка к обучению в школе. Процессы акселерации. Особенности пубертатного периода.

Возрастные особенности водно-солевого обмена у детей. Равновесие кислот и оснований, механизмы его нарушений. Потребность детей в воде и электролитах. Нормативы содержания основных электролитов (Na^+ , K^+ , Ca^{2+}) в крови и моче и состояния кислотно-основного равновесия; клиническое значение определения этих показателей.

Возрастные особенности обмена белков, аминокислот и других азотсодержащих соединений у детей. Потребность детского организма в белках, Нормативы содержания общего белка, белковых фракций, величин основных показателей азотистого обмена (мочевина, аминокислоты, аммиак, креатинин) в биологических жидкостях. Клиническое значение определения белковых фракций.

Возрастные особенности обмена углеводов у детей. Потребность организма ребенка в углеводах. Расщепление и всасывание углеводов в кишечнике. Нормативы основных показателей углеводного обмена в крови у детей (глюкоза и другие сахара). Понятие о сложных белково-углеводных комплексах (гликопротеиды, мукополисахариды); их роль в организме. Клиническое значение их определения.

Возрастные особенности обмена жиров у детей. Потребность детского организма в жирах. Роль процессов перекисного окисления липидов в организме. Обмен холестерина и его нарушения у детей. Понятие о белково-липидных комплексах (липопротеиды различной плотности), их роль в организме. Нормативы основных показателей жирового обмена в крови у детей (холестерин и его фракции, общие липиды, триглицериды, неэстерифицированные жирные кислоты, фосфолипиды). Клиническое значение определения основных показателей обмена жиров у детей.

Возрастные особенности энергетического обмена у детей. Понятие об основных энергетических системах (цикл Кребса, гликолиз, пентозный цикл), их роль в организме. Нормативы содержания основных макроэнергетических соединений (АТФ, креатинфосфат) в крови и клиническое значение их определения.

Понятие о ферментах, изоферментах, их роль в организме. Основные ферментативные показатели, используемые в педиатрии; Клиническое значение определения активности трансаминаз, изоферментов ЛДГ, креатинфосфокиназы, амилазы в биологических жидкостях.

Роль гормонов в регуляции обмена веществ в организме. Значение нарушений содержания гормонов гипофиза (АКТГ, соматотропный гормон, тиреотропный гормон), надпочечников (глюкокортикоиды, минералокортикоиды; катехоламины), щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы (глюкагон, инсулин) и половых желез.

Понятие о циклических нуклеотидах (цАМФ, цГМФ), простагландинах, их роль в организме.

Понятие о нуклеиновых кислотах, их роль в организме. Принципы выявления наиболее распространенных наследственных аномалий обмена веществ с помощью скрининг - тестов.

Молекулярно – генетические исследования в педиатрии. Основные биохимические показатели нарушений пуринового обмена у детей, определяемые в крови и моче.

Клиническое значение определения в крови билирубина и его фракций (прямой, непрямой) при различных нарушениях пигментного обмена у детей.

Важнейшие витамины и их значение для растущего организма. Потребность детского организма в витаминах, минералах, микроэлементах. Биохимические аспекты биологического и терапевтического действия витаминов (А, Е, Д и др., минералов и микроэлементов).

Вскармливание и питание детей

Вскармливание детей первого года жизни. Принципы, алгоритмы естественного, смешанного и искусственного вскармливания. Характеристика молозива, грудного и коровьего молока. Современное представление о преимуществах естественного вскармливания и раннего прикладывания к груди. Питательные смеси и продукты прикорма промышленного производства для детей первого года жизни. Понятие о сбалансированном питании детей грудного и раннего возраста. Питание детей ясельного и дошкольного возрастов. Организация питания школьников.

Принципы лечебного питания детей раннего возраста при экссудативно-катаральном диатезе, рахите, гипотрофии.

4. Болезни периода новорожденности

Принципы организации отделений патологии новорожденных. Этапное обслуживание новорожденных детей. Анатомо-физиологические особенности новорожденного.

Врожденные аномалии развития, эмбрио- и фетопатии. Внутриутробные инфекции: цитомегалия, листериоз, токсоплазмоз, сифилис, врожденный гепатит. Скрининг-тесты наследственных заболеваний.

Асфиксия плода и новорожденного. Шкала Апгар. Синдром дыхательных расстройств (респираторный дистресс-синдром), шкала Сильвермана. Пневмонии новорожденных — особенности патогенеза, дифференциальная диагностика и лечение.

Гнойно-воспалительные (локальные) заболевания новорожденных. Сепсис новорожденных. Роль условно патогенной флоры в патологии новорожденных детей. Дисбактериоз кишечника и его коррекция. Дифференциальная диагностика желтухи в периоде новорожденности. Гемолитическая болезнь новорожденных. Показания к заменному переливанию крови и его техника. Геморрагическая болезнь новорожденных.

Недоношенные дети и дети с низкой массой при рождении. Внутриутробная гипотрофия.

Влияние факторов риска на развитие плода. Алкогольный синдром плода. Причины мертворождаемости и недоношенности. Уход и вскармливание недоношенных. Особенности развития недоношенных детей. Лактационный иммунитет. Раннее прикладывание к груди новорожденных детей.

Интенсивная терапия и реанимация в периоде новорожденности. Гипогликемия

новорожденных.

Перинатальное поражение ЦНС (этиология, классификация, клиника, лечение).

5. Болезни органов дыхания

Анатомо-физиологическая и функциональная характеристика органов дыхания в различные возрастные периоды.

Показатели функции внешнего дыхания. Тканевое дыхание. Дыхательная недостаточность, виды диагностики. Показания к бронхологическим методам исследования.

Понятие о мукоцилиарном клиренсе и иммунологической защите дыхательного тракта. Роль органов дыхания в поддержании гомеостаза. Ателектаз. Эмфизема. Отек легких. Бронхиальная обструкция. Инфаркт легкого.

Хронический тонзиллит, аденоидит. Острые респираторные заболевания, круп. Острый отит. Синуситы. Бронхит, бронхиолит. Острые пневмонии — классификация, особенности при разной этиологии, клиника, осложнения. Плевриты. Инородные тела бронхов. Рецидивирующий бронхит. Хроническая пневмония. Пороки развития бронхов и легких. Поражения легких при иммунодефицитах. Аллергический альвеолит и диффузные легочные фиброзы. Муковисцидоз.

Туберкулез: периоды туберкулезной инфекции, основные формы туберкулеза первичного периода (первичный комплекс, бронхоаденит), диссеминированный туберкулез легких, особенности туберкулеза в подростковом возрасте.

Методы рационального выбора антибактериальных препаратов при заболеваниях органов дыхания. Противокашлевые средства и их применение в педиатрии. Муколитическая терапия и методы эвакуации мокроты. Кислородотерапия и методы искусственной вентиляции. Показания к проведению плевральной пункции и дренажа плевральной полости.

Показания к оперативному лечению хронических заболеваний органов дыхания.

Паразитарные заболевания легких.

Аллергические болезни. Особенности формирования аллергических реакций и заболеваний у детей. Методы аллергологической диагностики.

Бронхиальная астма у детей. Астматический бронхит. Аллергический ринит. Поллинозы. Аллергодерматозы у детей: истинная экзема, нейродермит, крапивница, рецидивирующий отек Квинке.

Специфическая гипосенсибилизация при аллергических заболеваниях у детей. Диетотерапия при пищевой аллергии у детей. Неотложная терапия бронхиальной астмы, анафилактического шока, аллергического отека гортани. Профилактика аллергических реакций и заболеваний у детей. Псевдоаллергические реакции.

6. Заболевания сердечно-сосудистой системы в детском возрасте

Анатомо-физиологические особенности в различные возрастные периоды. Методы исследования сердечно-сосудистой системы у детей.

Ревматизм у детей. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика ревматизма. Эволюция ревматизма и особенности его течения в современных условиях.

Приобретенные пороки сердца у детей. Этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. Современные методы хирургической коррекции отдельных приобретенных пороков сердца.

Врожденные пороки сердца. Классификация, клиника, показания к хирургическому лечению.

Нарушения ритма сердца и проводимости. Основные формы. Этиология и патогенез. Клиническое значение. Принципы терапевтической и хирургической коррекции. Основные классы антиаритмических препаратов.

Синдром пролапса митрального клапана. Клиника, диагностика.

Инфекционный (неревматический) миокардит. Кардиомиопатии у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Инфекционный эндокардит у детей. Этиология, механизмы возникновения, клиника и диагностика. Профилактика и лечение инфекционного эндокардита. Показания к хирургическому лечению.

Поражение сердца при отдельных заболеваниях (бронхолегочной системы, печени, ЛОР-органов, наследственных болезнях и синдромах, системных заболеваниях соединительной ткани и др.)

Сердечная недостаточность у детей. Причины возникновения, патогенез, клиника и диагностика хронической сердечной недостаточности. Лечение и профилактика. Ранняя доклиническая стадия сердечной недостаточности. Острая сердечная недостаточность у детей. Механизмы возникновения, клиника, диагностика и неотложные мероприятия при острой сердечной недостаточности.

Артериальная гипертензия – первичная и вторичная. Причины возникновения, основные отличия. Клиника, диагностика. Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия у детей. Основные нозологические группы по этиологии. Дифференциальная диагностика. Основные принципы терапии первичной и вторичной артериальной гипертензии. Группы гипотензивных препаратов применяющихся в детской практике.

Диффузные болезни соединительной ткани. Системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит. Узелковый периартериит. Ревматоидный артрит. Принципы и основные виды лечения диффузных болезней соединительной ткани, показания для санаторно-курортного лечения.

7. Болезни крови у детей

Современная теория кроветворения. Гематологические методы исследования. Клеточный состав костного мозга.

Возрастные особенности показателей периферической крови.

Система гемостаза (система свертывания крови, противосвертывающие механизмы).

Анемии. Железодефицитная анемия. Наследственные и приобретенные гемолитические анемии. Гемоглобинопатии. Гипо- и апластические анемии.

Гемобластозы. Острый лимфобластный и миелобластный лейкоз. Хронический миелолейкоз. Лимфогрануломатоз. Лимфосаркомы. Гистиоцитоз Х.

Лейкемоидные реакции.

Острая лучевая болезнь.

Патология гемостаза. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Тромбопатии. Гемофилия. Геморрагический васкулит.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром).

8. Болезни органов пищеварения

Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Основные методы исследования желудка, кишечника и печени у детей. Интрагастральная рН-метрия. Оценка внешней и внутрисекреторной функции поджелудочной железы (прозеринавой, секретин-панкреозиминовой). Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастрит острый и хронический: этиология, патогенез, клиника, лечение. Виды дискинезий желчных путей, холециститы, аномалии развития желчных путей. Пороки развития пищевода, желудка и кишечника. Гастродуоденит. Язвенная болезнь. Панкреатит. Хронический гепатит. Классификация хронического гепатита. Цирроз печени, его стадии. Основные патофизиологические синдромы поражения печени: холестаз, цитолиз, мезенхимально-воспалительная и белково-синтетическая недостаточность печени. Инструментальные методы диагностики заболеваний печени и их клиническое значение. Клинико-патогенетические особенности хронического вирусного гепатита В,С, D, E, F. Методы лечения различных форм хронического гепатита и цирроза печени. Показания к оперативному лечению цирроза печени. Принципы лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени. Энтероколит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром мальабсорбции. Муковисцидоз (кишечная форма). Принципы лечения дисбиозов.

Острый живот у детей. Аппендицит. Перитонит. Инвагинация кишок. Спаечная болезнь.

9. Болезни почек и мочевыводящих органов

Анатомо-физиологические особенности почек у детей. Методы исследования функционального состояния почек. Современные методы диагностики болезней. Цистит. Диагностика первичного и вторичного пиелонефрита, лечение. Гемолитико-уремический синдром.

Наследственные и врожденные заболевания почек и мочевыводящих органов. Наследственный нефрит. Синдром Альпорта. Амилоидоз почек. Пороки развития почек и мочевыводящих органов. Тубулопатии. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.

Острая почечная недостаточность. Показания к диализу и трансплантации почек.

10. Болезни нервной системы и наследственные болезни у детей

Методы исследования нервной системы. Пороки развития нервной системы. Перинатальное поражение головного и спинного мозга, их последствия (задержка и отставание психомоторного развития, судороги, микро- и гидроцефалия, детский церебральный паралич).

Прогрессирующие нервно-мышечные заболевания. Опухоли головного и спинного мозга. Эпилепсия. Невротические расстройства нервной системы (тики, ночной энурез, заикание).

Основные формы наследственной патологии в соответствии с типом мутации. Представление о болезнях с наследственным предрасположением. Принципы диагностики и лечения наследственных болезней. Медико-генетическое консультирование.

Хромосомные болезни: болезнь Дауна, абберрации половых хромосом. Иммунодефицитные состояния у детей.

11. Болезни обмена веществ и эндокринной системы

Основные клинические проявления гиповитаминозов А, В1, В2, В6, В12, К, недостаточность пантотеновой и фолиевой кислот.

Рахит, клиника, профилактика, лечение. Витамин Д — резистентные формы рахита. Гипервитаминоз Д. Нарушения минерализации скелета у детей: факторы риска, диагностика и профилактика.

Основные функции гормонов эндокринных желез, их взаимосвязь. Общие данные об обмене аминокислот, липидов, мукополисахаридов, гликогена. Ацетонемическая рвота у детей.

Сахарный диабет, признаки гипо- и гипергликемической комы. Принципы расчета потребности в инсулине. Неотложная помощь при гипо- и гипергликемической коме. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Острая недостаточность надпочечников. Аддисонова болезнь. Диффузный токсический зоб. Эндемический зоб. Нарушение полового развития. Патология гипофиза. Гипопаратиреозидизм.

Ожирение у детей, его причины и типы. Гиперлиппротеинемия. Фенилкетонурия. Гликогеновая болезнь. Болезни накопления. Мукополисахаридозы.

Основные показания и принципы применения кортикостероидных препаратов у детей.

12. Инфекционные болезни

Основные методы лабораторной диагностики инфекционных болезней: бактериологические, серологические, вирусологические. Оценка результатов индивидуальных исследований кала, крови, мокроты, спинномозговой жидкости. Оценка иммунологического статуса ребенка.

Возрастные особенности иммунитета. Факторы гуморального и клеточного иммунитета. Инфекционный процесс и развитие невосприимчивости. Предпосылки к специфической иммунизации.

Грипп и его осложнения. Парагриппозная, РС-вирусная, аденовирусная инфекции. Микоплазменная инфекция. Инфекция вирусом простого герпеса. Пневмоцистоз. Хламидиоз. Корь.

Скарлатина. Коклюш. Дифтерия. Эпидемический паротит. Ветряная оспа. Краснуха.

Инфекционный мононуклеоз. Псевдотуберкулез. Менингококковая инфекция. Бактериальные менингиты. Туберкулезный менингит. Серозный менингит. Полиомиелит. Энцефалиты и энцефалические реакции при инфекционных заболеваниях.

Брюшной тиф и паратифы. Сальмонеллезы. Бактериальная дизентерия. Ротавирусная диарея. Иерсиниозы. Амебная дизентерия и другие паразитарные поносы. Вирусный гепатит А, В, С, D, Е.

Внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, листериоз, сифилис, краснуха, цитомегаловирусная инфекция). Стрептококковые и стафилококковые инфекции.

Принципы регидратационной терапии при инфекционных болезнях у детей. расчет потребности в жидкости и электролитах при разных степенях эксикоза. Лечение первичного инфекционного токсикоза (нейротоксикоза). Иммунотерапия инфекционных болезней.

Иммунопрофилактика детских инфекций: календарь прививок, основные вакцинные препараты, организация прививок, основные вакцинальные осложнения.

13. Принципы реанимации и интенсивной терапии

Организация службы реанимации и интенсивной терапии.

Принципы реанимации при терминальных состояниях и клинической смерти ребенка. Реанимация новорожденных в родильном доме.

Общие принципы и методы коррекции дыхательной недостаточности. Интенсивная терапия при остром нарушении кровообращения у детей: острой сердечной недостаточности, острой сосудистой недостаточности.

Интенсивная терапия при кишечном токсикозе с эксикозом и нейротоксикозе.

Интенсивная терапия при коматозных состояниях: диабетическая кома, гипогликемическая кома, азотемическая кома (уремия), надпочечниковая кома.

Интенсивная терапия при первичном инфекционном токсикозе.

Инфузионная терапия при нарушениях водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности. Интенсивная терапия при острых экзогенных интоксикациях (отравления). Интенсивная терапия при некоторых заболеваниях новорожденных: болезнь гиалиновых мембран, синдром аспирации мекония, апноэ новорожденных, пневмоторакс и пневмомедиастинум.