Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра регенеративной медицины, гематологии, молекулярной цитогенетики
с курсом педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«07» июня 2024 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.19. Педиатрия

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 05687382003EB1699F49FBE8DCDE050624
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 25.03.2024 до 25.03.2025

Москва, 2024

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 № 9 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-педиатр».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.19 Педиатрия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-педиатр».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А	**ПК-1.** Способен к проведению обследования детей с целью

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Обследование детей с целью установления диагноза **ТФ А/01.7**	установления диагноза
ОТФ А Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/02.7**	**ПК-2.** Способен к назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности
ОТФ А Реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей **ТФ А/03.7**	**ПК-3.** Способен к реализации и контролю эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей
ОТФ А Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей **ТФ А/04.7**	**ПК-4.** Способен к проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей
ОТФ А Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации **ТФ А/05.7**	**ПК-5.** Способен к организации деятельности медицинского персонала и ведению медицинской документации

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант ответа.

1. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с

1) с рождения
2) не нужны
3) с полутора месяцев
4) с 2-х месяцев
5) с 6 месяцев

2. Лабораторная диагностика фенилкетонурии

1) проба на ацетон
2) проба с треххлористым железом
3) исследование белковых фракций
4) исследование крови на церуллоплазмин

5) содержание креатинфосфокиназы в крови и моче

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.19. Педиатрия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислая нефропатия.
2. Недоношенность.

Примеры контрольных заданий:

1. Оформление истории развития и истории болезни ребенка.
2. Оформление карты профилактических прививок.

Ситуационная задача № 1.

Мальчик 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°С 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°С, появилась 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°С.

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- 3,8х10^{12}/л, Ц.п. - 0,83, Лейк -9,8х10^{9}/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?

Какие варианты гипертермического синдрома Вы знаете?

Ситуационная задача № 2.

Девочка 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°С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0õ2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации без болезненный 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 - $3,8x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,83, Лейк -$7,2x10^{9}$/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, мочевина - 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 п/зр: 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?

Каков прогноз данного ребенка?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-

правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Баранов А. А. Педиатрия / под ред. А. А. Баранова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-2787-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427873.html

2. Блохин Б. М. Неотложная педиатрия: национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 832 с.: ил. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-5044-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450444.html

3. Гончарова Л.А. Механизмы формирования опорно-двигательного аппарата и реабилитация детей с пороками его развития в районе расположения крупного газохимического комплекса: докт.дисс./ Астраханская гос.мед.академия, 2011. – 238 л.

4. Дмитриенко Е.Г. Энтеральная оксигенотерапия в комплексном

восстановительном лечении детей с хроническими болезнями органов дыхания: канд.дисс / Науч.центр здоровья детей РАМН. – М., 2011. – 192 л.

5. Зверева Н. В. Клиническая психология детей и подростков: учебник для вузов. – М.: Академия, 2013. – 272 с.

6. Матвеева Е.С. Медико-социальная характеристика здоровья детей школьного возраста и совершенствование профилактической работы в условиях общеобразовательного учреждения: канн.дисс./ Ю.-Ур.гос.мед.ун-т. – М., 2014. – 209 л.

7. Современные аспекты диагностики и терапии заболеваний детского возраста // Российский нац. конгресс «Человек и лекарство» (16; 2009, 6-10 апреля; Москва). – Труды. – 2010, т.3. – 136 с.

8. Современные аспекты диагностики и терапии заболеваний детского возраста // Российский нац. конгресс «Человек и лекарство» (16; 2009, 6-10 апреля; Москва). – Труды. – 2010, т.3. – 136 с.

9. Худайбергенова М.В. Комплексное социально- гигиеническое исследование детей младшего школьного возраста с хроническими заболеваниями и их семей: диссертация на соиск. Учен. степ. канд. мед. наук / Росс. ун-т дружбы народов, 2011. – 158 л.

Дополнительная литература:

1. Никитюк Д. Б. Анатомия человека: атлас для педиатров: учеб. пособие / Никитюк Д. Б., Клочкова С. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-4262-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442623.html

2. Педиатрия: национальное руководство с компакт-диском /в 2-х т. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – т.1.-1024 т.2. – (Серия «Национальные руководства»).

3. Сергеев Ю. С. Клинический диагноз в педиатрии (формулировка, классификации): руководство для врачей / Ю. С. Сергеев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4784-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447840.html

4. Чемоданов В. В. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии / под ред. Чемоданова В. В. – Москва: Литтерра, 2019. – 624 с. (Серия «Практические руководства») – ISBN 978-5-4235-0336-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503369.html

5. Делягин В. М. Первичные иммунодефициты в педиатрической практике / Делягин В. М., Садовникова И. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5335-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453353.html

6. Сальков В. Н. Детский церебральный паралич. Причины. Клинические проявления. Лечение и реабилитация / В. Н. Сальков, С. В. Шмелёва, С. В. Коноваленко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-5639-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456392.html

7. Рыков М. Ю. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации: руководство для врачей / М. Ю. Рыков, О. А. Манерова, И. А. Турабов; под ред. М. Ю. Рыкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-5874-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458747.html

8. Кильдиярова Р. Р. Руководство по антимикробной терапии в педиатрии / Кильдиярова Р. Р. – 2-е изд., перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-5761-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457610.html

9. Кильдиярова Р. Р. Справочник врача-педиатра / Кильдиярова Р. Р. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 288 с. – ISBN 978-5-9704-5111-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451113.html

10. Кильдиярова Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Р. Р. Кильдиярова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 384 с. – ISBN 978-5-9704-4260-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html

11. Авдеева Т. Г. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 656 с.: ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5165-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451656.html

12. Самсыгина Г. А. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5105-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html

13. Разумовский А. Ю. Болезнь Гиршпрунга у детей: руководство для врачей / под ред. А. Ю. Разумовского, А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова, В. В. Холостовой – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-4887-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448878.html

14. Авдеева Т. Г. Детская гастроэнтерология / Авдеева Т. Г., Парменова Л. П., Мякишева Т. В. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5198-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451984.html

15. Педиатрия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. – М., 2008.

16. Зверева Н.В. Клиническая психология детей и подростков: учебник для вузов. – М.: Академия, 2013. – 272с.

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.19 Педиатрия

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Педиатрия /40	**1. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с:** 1) с рождения; 2) не нужны; 3) с полутора месяцев; 4) с 2-х месяцев; 5) с 6 месяцев. **2. Лабораторная диагностика фенилкетонурии:** 1) проба на ацетон; 2) проба с треххлористым железом; 3) исследование белковых фракций; 4) исследование крови на церуллоплазмин; 5) содержание креатинфосфокиназы в крови и моче. **3. При каких формах туберкулеза у матери можно сохранить грудное вскармливание:** 1) туберкулез легких в фазе кальцинации; 2) туберкулез молочной железы; 3) диссеминированный туберкулез; 4) активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения; 5) обострение туберкулеза, выявленное после родов. **4. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:** 1) глистная инвазия; 2) **нарушение всасывания железа;** **3) хроническая кровопотеря;** 4) авитаминоз; 5) недостаточное поступление железа с пищей. **5. К группе хромосомных заболеваний не относится:** 1) болезнь Дауна; 2) синдром Альпорта; 3) синдром Шерешевского-Тернера; 4) синдром Патау; 5) синдром Эдварса. **6. Для синдрома «кошачьего крика» характерно:** 1) делеция плечика 5-Й пары хромосом; 2) транслокация 21-Й хромосомы; 3) кольцевидная хромосома 18-Й пары; 4) отсутствие Х-хромосомы; 5) лишняя Х-хромосома.

		7. Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерно: 1) мужской кариотип по данным анализа на хроматин; 2) аменорея; 3) высокий рост; 4) пороки развития сердечно-сосудистой системы; 5) крыловидная складка шеи. **8. Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:** 1) замедление роста; 2) задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного); 3) увеличение полового члена; 4) дефекты психического развития; 5) хориоретинит. **9. Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно:** 1) увеличение клитора и половых губ; 2) костный возраст опережает паспортный; 3) в моче увеличено содержание 17-кетостероидов; 4) гепатоспленомегалия; 5) гипертрихоз. **10. Для паротитной инфекции не характерно:** 1) панкреатит; 2) поражение субмандибулярной и сублингвальной желез; 3) энцефалит; 4) нефрит; 5) орхит (или аднексит). **11. Витамин В6 - зависимая бронхиальная астма обусловлена нарушением метаболизма:** 1) тирозина; 2) фенилаланина; 3) триптофана; 4) метионина; 5) глицина. **12. Для диагноза аллергической реакции 1-го типа наибольшее значение имеют показатели:** 1) эозинофилия крови; 2) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов; 3) повышенное количество гистамина в моче; 4) высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови; 5) высокий уровень Т-супрессоров. **13. Наиболее часто вызывающую пищевую аллергию:** 1) черника; 2) клубника; 3) смородина; 4) крыжовник; 5) ежевика. **14. Наиболее часто вызывают пищевую аллергию**

		овощи: 1) кабачки; 2) огурцы; 3) капуста цветная; 4) морковь; 5) томаты. **15. Фрукты наиболее часто вызывающие пищевую аллергию:** 1) яблоки зеленого цвета; 2) груши зеленого цвета; 3) чернослив; 4) персики; 5) апельсины. **16. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:** 1) хориоретинит; 2) катаракта; 3) миокардит; 4) геморрагический синдром; 5) туберозный склероз. **17. Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки характерно осложнение:** 1) хориоретинит; 2) катаракта; 3) миокардит; 4) геморрагический синдром; 5) стоматит. **18. Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции:** 1) токсоплазмоз; 2) микоплазмоз; 3) хламидиоз; 4) цитомегалия; 5) герпес. **19. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь:** 1) кожа и слизистые оболочки; 2) кости; 3) печень; 4) центральная нервная система; 5) почки. **20. Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является:** 1) анемия; 2) поражение печени; 3) поражение ЦНС; 4) сердечная недостаточность; 5) поражение почек. **21. Большое количество нейтрального жира в копрограме обнаруживается:** 1) при лактазной недостаточности;

		2) при муковисцидозе; 3) при экссудативной энтеропатии; 4) все ответы правильные; 5) при галактоземии. **22. Предметом выбора при лечении муковисцидоза является ферментный препарат:** 1) абомин; 2) трифермент; 3) панкреатин; 4) ораза; 5) мезим-форте. **23. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммуннологиеским причинами, чаще встречается:** 1) у зрелого новорожденного; 2) недоношенного; 3) новорожденного с асфиксией; 4) с пороком сердца; 5) у переношенного ребенка. **24. Синдром расщепления губы и мягкого неба спецефичен для:** 1) трисомии Е; 2) трисомии G; 3) болезни Шерешевского-Тернера; 4) трисомии D (синдром Патау); 5) синдрома Альпорта. **25. Гипотрофия 1 ст. принято считать дефицит массы:** 1) до 3%; 2) от 10 до 20%; 3) от 30 до 40; 4) от 40 до 50%; 5) более 40%. **26. Краниотабес не наблюдают:** 1) при Д-дефицитном рахите; 2) при Д-зависимом рахите; **3**) при остеопорозе; 4) у недоношенного и незрелого ребенка; 5) при гипотрофии и Д-дефицитном рахите. **27. Карпопедальный спазм характерен для:** 1) дефицита железа; 2) гипофосфатемии; 3) гипокальциемии; 4) фебрильных судорог; 5) эписиндрома. **28. Развитию рахита при длительном применении способствует:** 1) фенобарбитал; 2) папаверин; 3) иридоксаль фосфат; 4) пенициллин; 5) глицин. **29. Для выявления междолевого выпота показана:** 1) томография;

		2) боковой снимок; 3) плевральная пункция; 4) прямая рентгенограмма; 5) бронхоскопия. **30. Какие признаки характерны для хронической пневмонии с бронхоэктазами:** 1) непостоянные влажные хрипы; 2) влажные хрипы постоянной локализации; 3) проводные хрипы; 4) крепитация; 5) сухие рассеянные хрипы. **31. Какой из перечисленных признаков характерен для гемосидероза легких:** 1) наличие сидерофагов в мокроте; 2) высокий уровень железа сыворотки крови; 3) эмфизема; 4) эозинофильный легочный инфильтрат; 5) ржавая мокрота. **32. При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно:** 1) ввести строфантин; 2) дать кислород; 3) назначить пропранолол (анаприлин, обзидан); 4) ввести промедол; 5) если приступ продолжается - начать инфузионную терапию. **33. Ребенок госпитализирован на 2-ой день от начала артрита. Температура 37,8С, боли и припухлость суставов сохраняется. Систопический шум на верхушке продолжительный, СОЭ - 45 мм/час. Необходимо назначить все перечисленное, кроме:** 1) пенициллина; 2) преднизалона; 3) диклофенака; 4) цефалоспоринов II поколения; 5) поливитаминов. **34. Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев. Активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать:** 1) аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5; 2) бициллин-3; 3) пенициллин; 4) эритромицин; 5) преднизалон. **35. Девочка 10 лет. Ожирение II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз:** 1) конституционально-экзогенное ожирение; 2) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена; 3) церебральное ожирение;

		4) синдром Лоуренса- Муна- Бидля; 5) болезнь Иценко-Кушинга. **36. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:** 1) гастроэзофагорефлюксной болезни; 2) панкреатита; 3) язвенной болезни; 4) гастрита; 5) желчнокаменной болезнью. **37. Гиперурикемия в детском возрасте может наблюдаться при:** 1) приеме цитостатиков; 2) приеме мочегонных тиазидового ряда; 3) подагре; 4) всем перечисленном; 5) приеме сульфаниламидов. **38. Осложнением острого гломерулонефрита не является:** 1) почечная недостаточность; 2) гипертоническая энцефалопатия; 3) тромботические осложнения; 4) снижение слуха; 5) недостаточность кровообращения. **39. Основной гематологический признак гемолиза:** 1) **ретикулоцитоз**; 2) анемия; 3) повышение СОЭ; 4) тромбоцитоз; 5) полицетемия. **40. Выбор антибиотика для лечения гнойного менингита определяется:** 1) только этиологией заболевания; 2) этиологией заболевания и проходимостью через ГЭБ; 3) только проходимостью через ГЭБ; 4) возрастом больного; 5) сроком диагностики.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи

		б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества

		4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других

		подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Поликлиническая педиатрия /20	**1. Уровень резистентности организма ребенка определяется:**

		1) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру; 2) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру; 3) тяжестью острых заболеваний; 4) длительностью и тяжестью заболеваний; 5) числом обострений хронических заболеваний. **2. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:** 1) острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз; 2) обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год; 3) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни; 4) у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год; 5) острые респираторные заболевания отмечались 6 раз. **3. Из перечисленных симптомов повышения внутричерепного давления выберите рентгенологические признаки:** 1) обызвествление; 2) расхождение черепных швов; 3) застойные явления на глазном дне; 4) смещение М-эхо при эхоэнцефалоскопии; 5) нарушение корковой нейродинамики. **4. За осуществление реабилитации детей, перенесших ревматизма, в поликлинике отвечают:** 1) физиотерапевт; 2) участковый педиатр; 3) ЛОР-специалист; 4) врач ЛФК; 5) зав. отделением. **5. С помощью пробы Феллинга диагностируют:** **1) фенилкетонурию;** 2) гистидинемию; 3) гомоцистинурию; 4) гликогеноз; 5) синдром Элерса-Данлоса. **6. Клиническими проявлениями острой очаговой пневмонии являются:** 1) лихорадка; 2) кашель; 3) выделение мокроты; 4) боли в грудной клетке; 5) все названное. **7. В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет:** 1) пневмококк;

		2) пиогенный стрептококк; 3) стафилококк; 4) клебсиелла; 5) кишечная палочка. **8. Для экссудативного плеврита характерно:** 1) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону; 2) коробочный характер перкуторного звука над экссудатом; 3) усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофонии над экссудатом; 4) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону; 5) усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторнсго звука. **9. У мальчика 5 дет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемия малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз:** 1) стеноз легочной артерии; 2) дефект межжелудочковой перегородки; 3) субаортальный стеноз; 4) открытый артериальный проток; 5) коарктация аорты. **10. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:** 1) повышение иммуноглобулинов; 2) диспротеинемия; 3) LE-клетки; 4) увеличение СОЭ; 5) изменения в моче. **11. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38° С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:** 1) постинфекционный миокардит; 2) ревматизм; 3) ревматоидный артрит; 4) септический кардит; 5) реактивный артрит. **12. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:** 1) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы; 2) гастрофибродуоденоскрпию; 3) внутрижелудочную рН-метрию; 4) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием; 5) УЗИ желудка.

		13. При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на: 1) сахар; 2) протромбин; 3) билирубин; 4) СРБ; 5) креатинин. **14. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме:** 1) тугоухости; 2) гематурии; 3) патологии зрения; 4) дисплазии тазобедренного сустава; 5) развитие ХИН в раннем возрасте. **15. При астматическом статусе назначается:** 1) внутривенное введение эуфиллина; 2) оксигенотерапия; 3) седативные препараты; 4) все перечисленное; 5) ингаляционные кортикостероиды. **16. Симптомом, типичным для катарального периода кори, не является:** 1) лихорадка; 2) насморк; 3) глухой кашель; 4) судорожный синдром; 5) конъюнктивит. **17. Для лечения ребенка с острым гайморитом не рекомендуется:** 1) преднизолон; 2) сосудосуживающие капли в нос; 3) противовоспалительное лечение; 4) УВЧ на пазухи носа; 5) антибактериальная терапия. **18. Заглоточный абсцесс следует дифференцировать с:** 1) инородным телом дыхательных путей; 2) аллергическим отеком; 3) паратонзиллярным абсцессом; 4) со всеми выше перечисленными заболеваниями; 5) тонзиллитом. **19. Осложнением ангины обычно не бывает:** 1) подчелюстной лимфаденит; 2) паратонзиллярный абсцесс; 3) стоматит; 4) перитонзиллит; 5) ревматизм. **20. При отите не рекомендуется:** 1) сосудосуживающие средства в полость носа; 2) назначение спиртовых капель в ухо; 3) сухое тепло местно; 4) ингаляционная терапия;

		5) антибактериальная терапия.
7.	Клиническая иммунология в педиатрии /10	**1. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:** 1) 2 недели; 2) 1 месяц; 3) 2 месяца; 4) 3 месяца; 5) 3,5 месяца. **2. Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:** 1) 1 месяц; 2) 2 месяца; 3) 3 месяца; 4) 6 месяца; 5) 12 месяцев. **3. У ребенка с ограниченным нейродермитом прививки можно начинать от начала ремиссии не ранее, чем через:** 1) 1 месяц; 2) 2 месяца от начала ремиссии; 3) 3 месяца от начала ремиссии; 4) 6 месяцев от начала ремиссии; 5) 1 год от начала ремиссии. **4. Вакцинация БЦЖ противопоказана:** 1) при врожденных ферментопатиях; 2) при иммунодефицитных состояниях; 3) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье; 4) во всех указанных случаях; 5) при агаммаглобулинемии Bruton. **5. Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной нормализации через:** 1) 1 месяц; 2) 3 месяца; 3) 6 месяцев; 4) 12 месяцев; 5) 18 месяцев. **6. Укажите основные компоненты первичного туберкулезного комплекса:** 1**)** первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит; 2) лимфангоит, лимфаденит; 3) первичный легочный аффект; 4) лимфангоит; 5) первичный легочный аффект, лимфаденит. **7. Антибиотики при ветряной оспе назначают:** 1) при тяжелой форме;

		2) при появлении гнойных осложнений; 3) при энцефалите; 4) с целью профилактики осложнений; 5) не назначают. **8. Опасность брака между родственниками заключается в:** 1) бесплодии; 2) возникновении мутации; 3) повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов; 4) формировании инфекционной эмбриопатии; 5) рождении недоношенного ребенка. **9. К клеткам иммунной системы не относятся:** 1) Т-лимфоциты; 2) В-лимфоциты; 3) плазматические клетки; 4) эритроциты; 5) дендритные клетки. **10. Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из:** 1) В-лимфоцитов; 2) нейтрофилов; 3) базофилов; 4) макрофагов; 5) Т-лимфоцитов.
8.	Клиническая гастроэнтерология в педиатрии /10	**1. Высокий риск развития патологии пищевода при:** 1) недостаточности эзофагокардиального отдела; 2) спастическом запоре; 3) гепатите; 4) дисфункции билиарного тракта; 5) панкреатите. **2. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:** 1) гастрофибродуоденоскопия; 2) рентгенография ЖКТ с барием; 3) исследование кала на скрытую кровь; 4) анализ крови; 5) внутрижелудочная pH-метрия. **3. Для эзофагита характерно:** 1) боли за грудиной; 2) метеоризм; 3) жидкий стул; 4) запоры; 5) тошнота. **4. Причиной срыгивания у грудных детей является:** 1) незрелость эзофаго-кардиального отела пищевода; 2) высокий тонус желудка в пилорическом отделе; 3) высокое внутрибрюшное давление; 4) непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера; 5) все перечисленное.

		5. Наличие изжоги свидетельствует о: 1) забросе желудочного содержимого в пищевод; 2) повышении кислотности желудочного содержимого; 3) диафрагмальной грыже; 4) язвенной болезни желудка; 5) гастродуодените. **6. Приступ кетоацидоза не провоцирует:** 1) интеркуррентное заболевание; 2) перекорм жирами, белками; 3) перекорм углеводами; 4) «голодание»; 5) повышенный питьевой режим. **7. Для халазии характерен следующий симптом:** 1) боли в правом подреберье; 2) запоры; 3) боли натощак в эпигастрии; 4) рецидивирующая рвота; 5) метеоризм. **8. Ахалазия сопровождается:** 1) рвотой непереваренной пищей; 2) рвотой с примесью желчи; 3) срыгивание через 1 час после еды; 4) рвотой переваренной пищей; 5) изжогой. **9. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:** 1) гастроэзофагорефлюксной болезни; 2) панкреатита; 3) язвенной болезни; 4) гастрита; 5) желчнокаменной болезнью. **10. Для язвенно-подобной диспепсии характерно:** 1) изжога; 2) рвота; 3) тощаковые боли; 4) отрыжка; 5) все вышеперечисленное.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислая нефропатия.
2. Недоношенность.
3. Задержка внутриутробного развития.
4. Гемолитическая болезнь новорожденных.
5. Геморрагическая болезнь новорожденного.
6. Рахит, осложнения.
7. Пузырчатка новорожденных.
8. Поздний неонатальный сепсис.

9. Ранний неонатальный сепсис.
10. Внутриутробная инфекция.
11. Врожденная пневмония.
12. Врожденная краснуха.
13. Врожденный токсоплазмоз.
14. Врожденный листериоз.
15. Врожденная герпетическая инфекция.
16. Врожденный сифилис.
17. Поздняя неонатальная пневмония.
18. Кандидоз.
19. Дифференциальная диагностика анемий.
20. Дифференциальная диагностика неонатальных желтух.
21. Гипоксические поражения ЦНС.
22. Родовая травма периферической НС.
23. Родовая травма ЦНС.
24. Диабетическая фетопатия.
25. Группы здоровья.
26. Гепатит А.
27. Хронический гепатит В.
28. Гепатиты В и дельта, острый и хронический, коинфекция, суперинфекция.
29. Хронический гепатит С.
30. Генерализованный туберкулёз. Туберкулёз лимфатических узлов.
31. ОРВИ, осложнения.
32. Грипп.
33. Пневмонии, классификация осложнения.
34. ВИЧ-инфекция.
35. Оппортунистические инфекции, классификация, осложнения.
36. Инфекционный мононуклеоз осложнения.
37. Герпетическая инфекция. Герпетиформная экзема.
38. Менингококковая инфекция.
39. Гемофильная инфекция, осложнения.
40. Кишечные инфекции, осложнения.
41. Цитомегаловирусная инфекция, осложнения.
42. Эпидемический паротит осложнения.
43. Ветряная оспа, осложнения.
44. Скарлатина, осложнения.
45. Коклюш, осложнения.
46. Корь, осложнения.
47. Краснуха, осложнения.
48. Дифтерия, осложнения.
49. Шигеллёз, осложнения.
50. Эшерихиоз, осложнения.
51. Иерсиниоз, осложнения.
52. Сальмонеллез, осложнения.
53. Брюшной тиф.
54. Ботулизм.
55. Холера.
56. Вакцинассоциированный полиомиелит.
57. Поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
58. Гельминтозы.
59. Токсоплазмоз.
60. Токсокароз.

61. Острый гломерулонефрит.
62. Хронический гломерулонефрит.
63. Нефритический синдром.
64. Нефротический синдром.
65. Наследственный нефрит (синдром Альпорта).
66. Хроническая болезнь почек.
67. Гемолитико-уремический синдром.
68. Пиелонефрит.
69. Инфекция мочеполовой системы, цистит.
70. Врожденные пороки развития мочеполовой системы.
71. Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
72. Врождённый вторичный гипотиреоз.
73. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб).
74. Гиперкортицизм. Болезнь Иценко-Кушинга.
75. Белково-энергетическая недостаточность.
76. Конституционально-экзогенное ожирение.
77. Конституциональная задержка роста и полового созревания.
78. Дефицит гормона роста.
79. Врожденные пороки развития ЖКТ.
80. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнения.
81. Синдром мальабсорбции.
82. Лактазная недостаточность.
83. Пищевая аллергия к белку коровьего молока, яйцу, злаковым.
84. Целиакия.
85. Экссудативная энтеропатия.
86. Неспецифический язвенный колит.
87. Болезнь Крона.
88. Муковисцидоз, классификация.
89. Панкреатиты: острый, хронический.
90. Дискинезия желчевыводящих путей.
91. Желчнокаменная болезнь.
92. Хронический холецистит, хронический холангит.
93. Бронхиальная астма. Классификация.
94. Атопический дерматит.
95. Типы аллергических реакций.
96. Токсический эпидермальный некролиз (синдром Стивенса-Джонсона).
97. Галактоземия.
98. Фенилкетонурия.
99. Гликогеноз, тип I (болезнь Гирке).
100. Гемофилии.
101. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
102. Острая тромбоцитопеническая пурпура.
103. Острый лимфобластный лейкоз.
104. Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).
105. Апластические анемии.
106. Врожденные пороки сердца. Классификация.
107. Неревматический кардит.
108. Ревматизм, осложнения.
109. Системная красная волчанка.
110. Ювенильный ревматоидный артрит.
111. Недостаточность кровообращения. Классификация.
112. Синдром вегетативной дистонии.

113. Идиопатический диффузный фиброз легких (синдром Хаммана-Рича).
114. Первичная цилиарная дискинезия (синдром Картагенера).
115. Бронхоэктатическая болезнь.
116. Дыхательная недостаточность. Классификация.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

Специальные умения:

1. Оформление истории развития и истории болезни ребенка.
2. Оформление карты профилактических прививок.
3. Оформление контрольной карты диспансерного наблюдения.
4. Оформление экстренного извещения в СЭС.
5. Оформление санаторно-курортной карты для детей и подростков.
6. Оформление медицинской справки на ребёнка-инвалида детства.
7. Оформление этапного эпикриза на ребёнка первого года жизни.
8. Оформление дородового патронажа беременной.
9. Оформление первичного патронажа к новорожденному.
10. Оформление передачу подростков.
11. Оформление документации при оформлении ребёнка в детский сад, школу, пионерский лагерь.
12. Оформление больничных листов и справок.
13. Проведение анализа показателей работы врача школьно-дошкольного отделения.
14. Принципы расчета и коррекция питания здоровых детей различных возрастных групп.
15. Принципы расчета и коррекция питания больных детей различных возрастов и групп здоровья.
16. Принципы составления режима дня здоровых детей различных возрастных групп.
17. Принципы составления режима дня больных детей различных возрастов и групп здоровья.
18. Назначение и проведение комплексов массажа и гимнастики у детей раннего возраста.
19. Определение физкультурных групп для детей дошкольного возраста.
20. Проведение закаливания детей различных групп здоровья.
21. Определение степени готовности детей к поступлению в школу.
22. Оценка степени тяжести адаптации детей к дошкольно-школьным учреждениям.
23. Составление индивидуального календаря профилактических прививок.
24. Проведение профилактики железодефицитной анемии у детей первого года жизни.
25. Проведение профилактики рахита у детей раннего возраста.
26. Гигиенический уход за новорожденным (уход за кожей и слизистыми оболочками, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.).
27. Оформление рецепта для детей различных возрастных групп.

Манипуляционные практические навыки:

1. Методика проведения туалета новорожденного ребенка.
2. Методика обработки пупочной ранки.
3. Методика обработки полости рта при молочнице, стоматите.
4. Методика проведения туалета ушей, глаз. Введение лекарств в глазную щель.
5. Методика проведения контрольного вскармливания.
6. Методика проведения аспирация слизи из дыхательных путей электроотсосом.
7. Диагностика врожденного вывиха бедра.

8. Методика проведения операции заменного переливания крови.

9. Методика определения группы крови и резус-фактора, техника определения групповой и резус-совместимости крови донора и реципиента. Биологическая проба.

10. Физикальные методы обследования ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

11. Взятие материала для бактериологического исследования из зева, носа, конъюнктивы, слизистой полости рта, влагалища, прямой кишки.

12. Методика введения воздуховода (носового, ротового).

13. Методика проведения пункционной коникотомии.

14. Прием Геймлиха при инородном теле дыхательных путей.

15. Методика искусственной вентиляции легких «рот в рот», «рот в нос».

16. Методика искусственной вентиляция легких с помощью мешка Амбу.

17. Методика проведения непрямого массажа сердца.

18. Техника снятия ЭКГ, интерпретация результатов.

19. Методика остановки наружного кровотечения.

20. Иммобилизация поврежденной конечности.

21. Иммобилизация при переломе позвоночника.

22. Техника проведения люмбальной пункции.

23. Техника проведения плевральной пункции.

24. Техника проведения пикфлоуметрии.

25. Методика проведения вибрационного массажа грудной клетки. Постуральный дренаж.

26. Техника ингаляций с помощью дозированного порошкового ингалятора, небулайзеров.

27. Методика первичной обработки ран.

28. Техника парентерального введения лекарственных препаратов (подъязычное, внутрисосудистое, внутрикостное, интратрахеальное).

29. Методика проведения пункции кубитальной вены, вен предплечья и вен кисти и головы у детей раннего и старшего возраста.

30. Методика проведения катетеризации мочевого пузыря у девочек.

31. Техника проведения промывания желудка.

32. Техника введения газоотводной трубки, постановки клизм.

33. Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях аускультативным методом по Короткову.

34. Методика измерения температуры тела электронным термометром (в подмышечной области, ректально).

35. Проба с задержкой дыхания на вдохе (Штанге) или выдохе (Генча).

36. Ортостатическая проба. Проба с дозированной нагрузкой по Н.А.Шалкову.

37. Техника проведения дуоденального зондирования.

38. Техника проведения дефибриляции.

39. Кормление тяжелобольных детей. Методика введения интрагастрального зонда.

40. Методика проведения антропометрических измерений (взвешивание на электронных весах, измерение длины тела ростомером, сантиметровой лентой, измерение окружности груди, головы, плеча, бедра, голени).

41. Техника проведения сердечно-легочной реанимации в возрастном аспекте.

42. Методика остановки наружного и внутреннего кровотечения.

43. Методика проведения ппервичной реанимации новорожденных.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Мальчик 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до

39,8°С 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°С, появилась 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°С.

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- $3,8x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,83, Лейк -$9,8x10^{9}$/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.

Биохилический 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:

12. Сформулируйте предварительный диагноз.
13. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
14. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
15. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
16. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания?
17. Какие предрасполагающие факторы играют роль в развитии гипертермического синдрома у детей раннего возраста?
18. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
19. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?
20. Каким специалистам нужно показать данного ребенка?
21. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
22. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
23. Какие варианты гипертермического синдрома Вы знаете?

Задача 2.

Девочка 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°С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0õ2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы («сдавлена» с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой среднеключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации без болезненный 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 - $3,8x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,83, Лейк -$7,2x10^{9}$/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, мочевина - 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 п/зр: нейтрофилы - 0%, лимфоциты - 2%.

Задание:

12. Сформулируйте предварительный диагноз.
13. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
14. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
15. Какие факторы способствуют развитию тетании у детей раннего возраста?
16. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов? Если да, то каких и почему?
17. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
18. С какой целью больному проведена спинномозговая пункция?
19. Чем опасен судорожный синдром?
20. Какова тактика ведения такого больного на участке?
21. Какие специалисты должны вести наблюдение за данным ребенком в поликлинике?
22. Какие лабораторные обследования необходимо провести в динамике?
23. Каков прогноз данного ребенка?

Задача 3.

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес., затем переведен на кормление ацидофильной "Малюткой". С 4 мес получает манную кашу. С 2 мес. потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3õ3 см,

края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС - 130 уд/мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

***Общий анализ крови**:* НЬ-118 г/л. Эр- 4,3х10^{12}/л, Лейк - 6,4х10^{9}/л, п/я - 3%, с - 23%, э - 4%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия - нет, слизи - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В чем причина развития заболевания?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
4. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого?
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Назначьте специфическую терапию.
10. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве маркеров, помогающих контролировать специфическое лечение?
11. Какие вспомогательные терапевтические средства можно назначить больному?
12. Нуждается ли ребенок в физиотерапевтическом и неврологическом лечении?

Задача 4.

Ребенок 5 месяцев от молодых, здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7-8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем - искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8-0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 уд/мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

***Общий анализ крови**:* НЬ-110 г/л. Эр- 3,6х10^{12}/л, Лейк - 5,6х10^{9}/л, п/я -2%, с -31%, э-2%. л- 56%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

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

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какие условия способствовали заболеванию?
4. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
5. Опишите патогенез остеомаляции.

6. Каков патогенез изменений биохимических показателей?
7. Почему остеомаляция указывает на острое течение заболевания?
8. Чем определяется тяжесть состояния ребенка?
9. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
11. Тактика лечебных мероприятий?
12. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве контроля за эффективностью лечения?

Задача 5.

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

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

***Общий анализ крови**:* НЬ - 100 г/л, Эр - $3,5x10^{12}$/л, Лейк - $7,5x10^{9}$/л, п/я -2%, с - 31%, э -1%, л -63%, м- 3%, СОЭ - 10 мм/час.

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

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

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

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Что способствует развитию этого заболевания?
4. Чем объяснить грубую деформацию костной ткани?
5. Каков патогенез разрастания остеоидной ткани?
6. Какие изменения биохимических показателей следует ожидать у ребенка?
7. Ваши представления о патогенезе заболевания.

8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

9. Как проводить лечение?

10. Какова продолжительность терапии у этого ребенка?

11. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

12. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок в дальнейшем?

Задача 6.

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 1 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 D_2.

Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краннотабес. Большой родничок 2õ2 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 - $3{,}3x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,8, Ретик. -2%, Лейк - $7{,}0x10^{9}$/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?

Задача 7.

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

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе

3200 г.

В возрасте 2 мес заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 *см.* Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2õ2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные "четки". В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови*:* НЬ-99 г/л. Эр- $3{,}3x10^{12}$/л, Лейк - $8{,}1x10^{9}$/л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи*:* реакция - кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

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

Задание:

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Возможные причины патологических состояний?
3. План дополнительного обследования?
4. Рассчитайте массо-ростовой коэффициент при рождении и оцените его.
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови следует ожидать у больного?
6. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
7. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
8. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
9. Назначьте ребенку кормление.
10. План медикаментозного лечения?
11. В какой дозе следует назначить витамин D ребенку?
12. Когда можно «переходить» на поддерживающую дозу витамина D?

Задача 8.

Больная З., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти - «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см.

Общий анализ крови: Hb - 148 г/л, Эр - $4{,}9xl0^{12}$/л, Ц.п. - 0,9, Лейк – $6{,}3x10^{9}$/л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%,

л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевина -5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -143 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 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. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
4. Почему диффузный цианоз выявляется с рождения?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Сроки оперативного лечения?
7. С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
9. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование врожденных пороков сердца.
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков сердца синего типа?
11. Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке?
12. Почему при сердечной недостаточности отмечается повышенная потливость?

Задача 9.

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастер-нальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 уд/мин, ЧД - 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), Hb -170 г/л. Эр – $5,4x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,91, Лейк – $6,1x10^{9}$ /л, п/я - 3%, с - 26%, э - 1%, л - 64%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевина -5,1 ммоль/л. холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -143 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 62 мм рт.ст. (норма -80-100), pCO_2 - 50 мм рт.ст. (норма - 36-40), pH - 7,29, BE = -8,5 ммоль/д (норма - +-2,3).

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стрелок"?
5. Когда отмечается появление диффузного цианоза при этом пороке - с рождения или позже? Почему?
6. Чем объяснить наличие тахикардии и одышки?
7. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
8. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9. Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в конкретной ситуации?
10. Определите тактику терапии.
11. Каковы наиболее частые осложнения оперативного лечения и почему?
12. Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?

Задача 10.

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение с жалобами на гримасничанья, невозможность самостоятельно одеться, плаксивость и раздражительность. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя -по III ребру, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,5x10^{12}$/л, Лсйк - $4,5x10^{9}$/л, п/я - 2%, с - 46%, э - 2%, л - 48%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

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

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?

3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения больного.

6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

7. Какие патоморфологические изменения определяют сущность клапанных изменений? Назовите стадии процесса, вероятную продолжительность.

8. Какие патоморфологические изменения являются абсолютными маркерами (маркером) заболевания?

9. Преимущественно в каком возрастном периоде заболевание встречается впервые?

10. Если показана кортикостероидная терапия, то с какой целью?

11. Каков механизм действия кортикостероидов в данной ситуации?

12. Кто впервые в отечественной литературе описал неспецифический экссудативный компонент воспаления?

Задача 11.

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастоличсский шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb - 115 г/л. Эр - 4,3xl0^{12}/л, Леик – lO,OxlO ^{9} /л, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

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

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

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.

2. Какие еще обследования необходимо провести больному?

3. Какие патоморфологические характеристики соединительной ткани определяют патологические признаки со стороны сердца?

4. Какие морфологические изменения определяют остроту течения процесса?

5. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

6. Составьте план лечения данного больного.

7. Какие морфологические изменения являются маркерами (маркером)

ревматизма?

8. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
9. Почему снижено диастолическое давление?
10. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.
11. Назовите место проекции митрального клапана.
12. Назовите место проекции аортального клапана.

Задача 12.

Мальчик 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, безболезненный. 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- 3,2х10^{12}/л, Лейк - 8,4х10^{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 13.

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°С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°С. 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- 4,3х10^{12}/л, Лейк - 6,2х10^{9}/л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

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

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?

Задача 14.

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 атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит,

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°С. 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 - 5,1х10^{12}/л, Лейк - 4,9х10^{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 15.

Мальчик 5 лет, поступил в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на влажный кашель с выделением мокроты с прожилками крови.

Мальчик от первой беременности, протекавшей без токсикоза, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм по возраст. Болел ОРВИ 1-2 раза в год. Перенес ветряную оспу в легкой форме в возрасте 2,5 лет. С 1 года отмечается аллергическая реакция в виде крапивницы на прием шоколада, цитрусовых.

Из анамнеза известно, что на протяжении последнего полугодия ребенок стал вялым, снизился аппетит, повысилась утомляемость, появилась бледность кожных покровов, одышка даже после небольших нагрузок, периодические покашливания.

Примерно неделю назад ребенок заболел ОРВИ, протекавшей с повышением температуры тела до 38°С, насморком с серозным отделяемым и влажным кашлем. На 3-й день заболевания состояние ребенка резко ухудшилось: температура повысилась до 39°С, усилился кашель, появилась мокрота с прожилками крови, значительно наросла одышка, появился цианоз носогубного треугольника.

При поступлении на 2-й день от ухудшения состояния наблюдалась резкая бледность кожных покровов с умеренной иктеричностью склер, цианоз носогубного треугольника и акроцианоз, ЧД - 36 в 1 минуту. Отмечался сильный влажный кашель с небольшим количеством мокроты с прожилками крови. Перкуторно с обеих сторон выявляются участки притупления звука, при аускультации выслушиваются множественные разнокалиберные влажные хрипы. Стул черного цвета.

***Общий анализ крови**:* НЬ-88 г/л. Эр- 3,2х10^{12}/л, Ц.п. - 0,82, Ретик. -15%, Лейк - 18,0х10^{9}/л, п/я - 5%, с - 58%, э - 5%, л - 28%, м - 4%, СОЭ -12 мм/час.

***Общий анализ мочи**:* количество - 70,0 мл, относительная плотность - 1,016, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -56%, альфа$_1$ - глобулины - 2%, альфа$_2$-глобулины - 11%, бета-глобулины -7%, гамма-глобулины - 24%.

***Исследование мокроты**:* выявлено большое количество сидерофагов. ***Рентгенография легких**:* в легких с обеих сторон определяются множественные облаковидные очаговые тени средней интенсивности, лимфатические узлы в области корней увеличены.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Каков патогенез заболевания?

3. Объясните происхождение различных симптомов заболевания у данного больного?

4. Какова динамика рентгенологических изменений в легких при этом заболевании?

5. Какова тактика лечения?

6. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

7. В консультации каких специалистов нуждается больной?

8. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?

9. Можно ли назначить физиотерапевтические методы лечения?

10. Прогноз?

Задача 16.

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов (первый ребенок, мальчик, болеет хронической пневмонией, гайморитом). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Вес в 1 год - 9 кг, в 2 года - 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте 1 года и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни - частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз ногосубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД -32 в 1 минуту. Перкуторно над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - по правой среднеключичной линии, левая - по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 100 уд/мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.

***Общий анализ крови**:* НЬ-115 г/л, Эр - 4,2х10 ^{12}/л, Лейк - 6,8х10 ^{9}/л, п/я - 10%, с - 52%, э - 1%. л - 28%, м - 9%, СОЭ - 12 мм/час.

***Общий анализ мочи**:* количество - 60,0 мл, относительная плотность - 1,014, прозрачность - неполная, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

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

***Бронхоскопия**:* двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. ***Бронхография**:* двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы 5, 6, 7, 8, 9, 10 сегментарных бронхов справа.

Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите 3 отличительных признака данного заболевания. Что лежит в основе нарушений со стороны органов дыхания при этом заболевании?

3. Как наследуется это заболевание?

4. Какие результаты можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?

5. Назначьте дополнительное обследование для подтвервдения предварительного диагноза.

6. Каковы принципы лечения заболевания?

7. Какие специалисты должны наблюдать ребенка?

8. Возможно ли хирургическое лечение?

9. Какими видами спорта может заниматься ребенок?

10. Ваш прогноз?

Задача 17.

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

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

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

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

***Клинический анализ крови**:* НЪ - 100 г/л, Эр - $3,5x10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7õ10^{9}$ /л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

***Биохимический анализ крови**:* общий белок - 60 г/л, альбумины -46%, альфа$_1$ - глобулины - 9%, альфа$_2$ -глобулины - 15%, бета-глобулины - 10.5%. гамма-глобулины - 19.5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ - ++, ЩФ -850 Уд/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

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

***Копрограмма**:* большое количество нейтрального жира.

***Рентгенограмма грудной клетки**:* усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, «капельное сердце».

***УЗИ органов брюшной полости**:* печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15õ8õ25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Задание:

1. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.

2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

4. Сформулируйте диагноз данному больному.

5. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?

6. Каков генез гепатомегалии у больного?

7. Назначьте больному лечение.

8. Какие виды физиотерапии показаны во время обострения заболевания?

9. Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?

10. Каков прогноз при данном заболевании?

Задача 18.

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев».

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперсмирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: Hb - 125 г/л. Эр - $4{,}3 \times 10^{12}$/л, Лейк – $12{,}3 \times 10^{9}$ /л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99‰.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины -53%, альфа$_1$-глобулины - 3%, альфа$_2$-глобулины - 17%, бета-глобулины -12%, гамма-глобулины - 15%, мочевина - 17,2 ммоль/л, креатинин - 1,87 ммоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин -6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 2,0 г/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 200), (фосфор - 21 ммоль/сут (норма - до 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма -1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сут (норма - 30-65), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

Биохимический анализ мочи: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки распложены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

3. Следует ли у данного ребенка изучать состояние свертывающей системы крови? Если да, то объясните почему, какими методами и какие изменения Вы ожидаете получить?

4. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?

5. Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания?

6. Объясните происхождение артериальной гипертензии.

7. Объясните происхождение отеков.

8. Объясните механизм гематурии.

9. Объясните механизм протеинурии.

10. Назначьте необходимое лечение.

11. Длительность диспансерного наблюдения за больным?

12. В какие сроки ребенку может быть проведена тонзиллэктомия?

Задача 19.

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

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

Две недели назад перенес ОРВИ, но школу посещал. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до 39,5°С, дизурических явлений, появления мочи цвета «мясных помоев». Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: определяется расхождение прямых мышц живота, гипертелоризм сосков и глаз, «двузубец» на ногах. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 130/95 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, Лейк - 9,2х10^9/л, п/я - 7%, с -71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, тромбоциты - 530,0х10^9/л, СОЭ - 25 мм/час.

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

Посев мочи на стерильность: роста нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62 г/л, холестерин -3,1 ммоль/л, мочевина - 18,0 ммоль/л, креатинин - 90,0 ммоль/л, серомукоид - 0,32, СРБ - ++, калий - 5,8 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л.

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

Клиренс по эндогенному креатинину: 65 мл/мин.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка - 122х50 мм, паренхима - 17 мм. Правая почка - 125х47 мм, паренхима - 16 мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Задание:

1. Ваше представление о диагнозе?

2. Тактика дальнейшего обследования?

3. Генез отечного синдрома у данного больного?

4. Патогенез мочевого синдрома?

5. Каков патогенез гипертензии у ребенка?

6. Этиология данного заболевания?

7. Ваша тактика лечения?

8. Показано ли назначение гормональной терапии данному ребенку?

9. Какая диета необходима больному?

10. Каков прогноз?

11. В консультации каких специалистов нуждается больной?

Задача 20.

Мальчик 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и

угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Общий анализ крови: Hb - 160 г/л, Эр - $5,2x10^{12}$/л, Тромбоциты - $416,0x10^{9}$/л, Лейк - $9,8x10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0%о, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины -20 г/л, СРБ = ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 ммоль/л (норма - до 100 ммоль/л).

Клиренс по эндогенному креатиинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.

УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/сут (норма - до 17).

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Генез отечного синдрома при данном заболевании?
3. С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?
4. Обоснование диагноза?
5. План обследования?
6. Назовите функциональные методы исследования почек.
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Показания для проведения экскреторной урографии?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. План лечения?
11. Диета при данном заболевании?
12. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 21.

Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины (нефропатия), первых срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см. Ранее развитие без особенностей. С рождения находилась на искусственном вскармливании. Привита по возрасту, на V_3-АКДС - аллергическая реакция в виде крапивницы. С 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит.

В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в анализах мочи появились протеинурия до 0,2%о, гематурия до 30-40 в поле зрения, что было расценено

как последствия перенесенного заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ребенка отмечались эпизоды макрогематурии. Протеинурия и гематурия носили упорный характер.

При поступлении в стационар состояние - тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Костно-мышечная система без патологии. ЧСС -72 уд/мин. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систолический шум. АД 140/100 мм рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300-400 мл/сут, моча бурого цвета.

Общий анализ крови: Hb - 90 г/л. Эр – $3{,}1 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6{,}6 \times 10^{9}$ /л, п/я - 2%, с - 56%, э - 9%, л - 31%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50 мл, цвет - бурый, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,009, белок -0,3‰, эпителий - 2-3 в п/з, лейкоциты - 4-5 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, зернистые цилиндры - 10-12 в п/з.

Биохимический анализ мочи: белок - 1,2 г/сут (норма - до 200 мг/сут), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 19-32), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11), аммиак - 26,7 ммоль/сут (норма - 30-65), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 42 мг/сут (норма - до 17).

Клиренс по эндогенному креатинину: 45 мл/мин (норма - 80-120).

Задание:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2. Дополните план обследования ребенка необходимыми исследованиями.
3. Какие изменения следует ожидать в биохимическом анализе крови?
4. Следует ли ожидать нарушения концентрационной функции почек?
5. Назовите методы исследования функционального состояния почек.
6. Объясните механизм протеинурии.
7. Объясните механизм гематурии.
8. Каков генез гипертензии?
9. Объясните происхождение оксалурии.
10. Каков генез систолического шума?
11. Какие изменения КОС могут быть у этого ребенка и каков механизм их развития?
12. Назначьте необходимое лечение.

Задача 22.

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

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

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

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные

разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Hb - 111 г/л, Эр - 4,2xl0^{12}/л, Лейк - 13,1x10^{9} /л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: альфа $_1$ - 5%, альфа $_2$ - 15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевина - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут (норма - до 17).

В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.

Задание:

1. Полный клинический диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
4. Расскажите о патогенезе отеков при данной форме заболевания.
5. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
6. Каков патогенез оксалурии в данном случае?
7. Назначьте лечение.
8. Опишите диету, необходимую данному больному.
9. Расскажите о механизме лечебного действия преднизолона.
10. Какие Вы знаете клинические симптомы экзогенного гиперкортицизма?
11. В консультации каких специалистов нуждается больной?
12. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 23.

Ребенок 8 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

Ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ - 3-4 раза в год; отмечается лекарственная аллергия на пенициллин (крапивница).

Болен с 6 лет. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ: появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД 150/90. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии состояние улучшилось, анализы мочи и крови нормализовались.

Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии.

При осмотре: отеки в области век, поясницы и передней брюшной стенки, голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС - 92 уд/мин. АД - 150/100 мм рт.ст. Диурез - 250,0 мл/сут. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb - 96 г/л. Эр – 3,2x10^{12}/л, Ц.п. - 0,9, Лейк – 6,5x10^{9} /л, п/я - 8%, с - 66%, э - 1%, б - 1%, л - 19%, м - 5%, СОЭ -40 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,003, белок - 1,6 $^{o}/_{oo}$, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты -все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -50,1%, глобулины: альфа$_1$ - 3,7%, альфа$_2$ - 12%, бета - 9,9%, гамма -24,3%, холестерин - 12,37 ммоль/л, калий - 7,23 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, мочевина - 10,4 ммоль/л, креатинин - 260 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 2800 мг/сут (норма - до 200), аммиак - 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 19-21), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11), оксалаты - 204 мг/сут (норма - до 17).

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин,

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование клинического диагноза?
3. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения функции почек?
4. Опишите этиологию заболевания.
5. Патогенез отеков?
6. Патогенез гипертензии?
7. Патогенез протеинурии и гематурии?
8. Назначьте лечение.
9. Какая необходимая диета при обострении данного заболевания?
10. Показано ли назначение глюкокортикоидов данному больному?
11. Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?
12. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 24.

Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергоанамнез не отягощен.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: Hb - 140 г/л, Эр - 4,5xl0^{12}/л, Лейк – 10,5x10^9 /л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09 $^{o}/_{oo}$, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - 1 в п/з, соли - оксалаты, бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРБ = +++, серомукоид - 0,3, мочевина - 4,3 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107x42x13 мм, правая - 94x37x13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл.

Задание:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза?
2. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
6. Перечислите функциональные методы исследования почек.
7. Каковы показания для проведения экскреторной урографии?
8. Какова врачебная тактика ведения ребенка?
9. Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
10. Каким специалистам необходимо проконсультировать ребенка?
11. Возможные исходы заболевания?
12. Длительность диспансерного наблюдения за больной в стадии ремиссии?

Задача 25.

Мальчик 12,5 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Грудное вскармливание до 2 мес. До 1 года страдал атопическим дерматитом. Из инфекций перенес краснуху, вирусный гепатит В. Медицинский отвод от прививок.

Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV-V ст., мегауретер. По поводу этого проведения антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С $12^{ти}$- летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи - нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови - периодическое повышение уровня мочевины и креатинина.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Но - 95 г/л, Эр - $4{,}3x10^{12}$/л, Лейк – $11{,}0x10^{9}$ /л, п/я - 7%, с - 71%, э - 1%, л - 16%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,3 $^{o}/_{oo}$, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - единичные в преп., бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевина - 15,8 ммоль/л, креатинин - 280,0 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,2 ммоль/л.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка - 82х40 мм, паренхима - 10 мм. Левая почка - 96х48 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

Проба по Зимницкому: ДД - 350,0, НД - 1600,0; колебания относительной плотности - 1,000-1,006.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика дальнейшего обследования?
3. Патогенез гипертензионного синдрома у этого больного?
4. Патогенез протеинурии у данного больного?
5. Патогенез гипоизостенурии у данного больного?
6. К какой группе заболеваний относится основное заболевание?
7. Назовите функциональные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

9. Консультации каких специалистов необходимы этому больному?

10. Исход заболевания?

11. Назначьте лечение.

12. Какова длительность диспансерного наблюдения?

Задача 26.

Мальчик 10 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на нарушение аппетита, боли в животе.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне нефропатии второй половины. Роды в срок, без осложнений. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Период новорожденности протекал без особенностей. После 1 года жизни часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: матери 32 года, здорова. Отцу 36 лет, страдает гипертензией и заболеванием почек, проявляющимся гематурией, протеинурией, уратурией, оксалатно-кальциевой кристаллурией. У бабушки по линии отца гипертоническая болезнь, изменения в анализах мочи в виде протеинурии и гематурии. У дедушки по линии материи мочекаменная болезнь.

Ребенок заболел 3 года назад, когда на фоне ОРВИ, протекающего с длительным субфебрилитетом, была обнаружена оксалатно-кальциевая кристаллурия. Лечение по этому поводу не проводилось, диета не соблюдалась. Мальчик детским нефрологом не наблюдался. За 1 неделю до поступления в нефрологическую клинику внезапно появилась боль в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, рвота. Участковый врач направил ребенка в стационар.

Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Кожные покровы чистые, отеков нет, "синева под глазами". Миндалины увеличены, рыхлые. Имеются кариозные зубы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 82 уд/мин. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность по ходу мочеточников. Стул не нарушен, дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - $4,5x10^{12}$/л, Лейк – $12,8x10^{9}$ /л, п/я - 6%, с - 70%, э - 1%, л - 18%, м - 5%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,099 $^{0}/_{00}$, лейкоциты - 20-25 в п/з, относительная плотность - 1,030, слизь - большое количество.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 25000, эритроциты - 800.

Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки - 200000 микробных тел/мл.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -58%, альфа$_1$-глобулины - 2%, альфа$_2$-глобулины - 12%, бета-глобулины -11%, гамма-глобулины - 17%, мочевина - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,06 ммоль/л (норма - 0,035-0,01), калий - 3,9 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титрационная кислотность - 72 ммоль/сут (норма - 48-62), аммиак - 110 ммоль/сут (норма - 30-65), фосфор - 60,7 ммоль/сут (норма - 19-32), оксалаты - 270 мкмоль/сут (норма - 90-135), мочевая кислота - 14,5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), кальций - 10 ммоль/сут (норма - 1,5-4).

Обзорная рентгенография области почек: патологии нет.

Экскреторная урография: пиелоэктазия слева.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить ребенку с целью дифференциального диагноза?

3. С какими факторами можно связать этиологию данной патологии?

4. Опишите патогенез заболевания.

5. Каков патогенез болей в животе у ребенка?
6. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
7. Назначьте этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.
8. Назначьте необходимую диету.
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Длительность диспансерного наблюдения.

Задача 27.

Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли в животе, частое болезненное мочеиспускание.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, родов на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ.

За 4 дня до поступления в клинику отмечался подъем температуры до 38,5°С, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

При поступлении: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Мочеиспускание учащено, болезненно.

В период пребывания ребенка в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез.

Общий анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - 5,6x10^{12}/л, Лейк – 10,5x10^{9} /л, п/я - 7%, с - 69%, л - 22%, м - 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - следы, относительная плотность - 1,010, лейкоциты - 22-24 в п/з, эритроциты - нет.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 14500, эритроциты - 1000.

Анализ мочи на стерильность: выделено Escerichia coli – 100000 микробных тел/мл.

Анализ мочи по Зимницкому: ДД - 250 мл, НД - 750 мл, колебания относительной плотности - 1,010-1,020.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75,9 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа$_1$ - 2%, альфа$_2$ - 15%, бета - 13%, гамма - 10%, мочевина - 6,32 ммоль/л, холестерин - 6,76 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титруемая кислотность - 74 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 180 мкмоль/сут (норма - 90-135), мочевая кислота - 5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), фосфор - 23 ммоль/сут (норма - 19-32), кальций - 3 ммоль/сут (норма -1,5-4).

Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы. Мочеточники расширены, извиты, отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков. Выделительная функция нормальная.

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс не обнаружен.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится основное заболевание?
3. Расскажите о значении семейного (генетического) анамнеза.
4. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
5. Основные патогенетические звенья заболевания?

6. Каков патогенез дизурических симптомов?
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
8. Назовите функциональные методы исследования почек.
9. Консультации каких специалистов необходимы ребенку?
10. Обоснуйте принципы этиотропного и патогенетического лечения.
11. Какая диета необходима больному?
12. Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?

Задача 28.

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрие, появляющиеся утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купирующиеся приемом пищи. Беспокоит 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 матеря - 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: Hb - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - 4,2xl0^{12}/л; Лейк -7,2x10^{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; pH - 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: натощак - pH в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - pH в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на HP-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 HP-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 HP-инфекции?

15. От каких факторов будет зависеть эффективность эрадикации?

Задача 29.

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 – по краю реберной дуги, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр – 2,8хlO^{12}/л; Hb - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретику-лоциты - 50%о - 5%, анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; Лейкоциты - 8,7хl0^{9}/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390х10^{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: альфа$_1$ - 6%, альфа$_2$ - 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 1,5х1,7 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 (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены 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 ристомицином 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 гематологические 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 30.

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 сухоедение, большие перерывы в еде.

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

Общий анализ крови: Hb - 132 г/л; Эр - 4,4xl0^{12}/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3x10^{9} /л; п/я -

3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, pH - 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.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: 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 HP.

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

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) 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 HP-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 31.

Мальчика $12^{ти}$ 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, страдает гастритом; у отца (40 лет) - гастродуоденит; у дедушки (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: Hb - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - $4,4x10^{12}$/л; Лейк -$7,2x10^{9}$ /л; п/я -

3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; pH - 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: альфа$_1$ - 5%, альфа$_2$ - 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 52х30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

Внутриполостная pH-метрия 3-х электродным зондом: натощак - pH 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 - pH пищеводе 6-6,5 со снижением уровня pH чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

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

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
4. Этиопатогенез заболевания.
5. Укажите анатомо-физиологичсские особенности кардиоэзофагального перехода, в чем состоит антирефлюксный механизм нижнего пищеводного сфинктера.
6. Проведите анализ эзофагогастродуодсноскопии.
7. Проведите анализ pH-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, де-нол, вентер, 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 32.

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии.

Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - 4,6xl0^{12}/л: Лейк – 4,6x10^{9} /л; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - *5%,* СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л -1-2 в п/з. Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связанный - 3 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, pH - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка -умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите этиопатогснстичсскис причины возникновения дпнного заболевания.
4. Назовите отягощающие факторы заболевания.
5. Назначьте дополнительные методы исследования.
6. Назначьте лечение данному ребенку.
7. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
8. Как расценить функцию желчного пузыря после дачи желчегонного завтрака?
9. За счет чего определяется усиление эхогснности паренхимы печени на УЗИ органов брюшной полости?
10. В чем заключается синдром Ортнера - Грекова?
11. Какова причина изменения цвета стула в данном случае?
12. Оцените результаты общего анализа крови.
13. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
14. Дайте заключение по общему анализу мочи.

Задача 33.

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит,

ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Hb - 140 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - 4,5x10^{12}/л; Лейк -9,5x10^{9} /л; п/я - 2%, с/я - 64%, э - 1%, л - 26%, м - 7%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, Л - 0-1 в п/з, Эр - 0; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 158 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связанный -2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите этиологию данного заболевания.
4. Назовите дополнительные методы исследования.
5. Назначьте лечебное питание.
6. Назначьте лечение.
7. Тактика диспансерного наблюдения.
8. Как Вы расцениваете течение болезни и какие факторы тому способствуют?
9. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
10. Что является провоцирующим фактором для развития болевого абдоминального приступа?
11. О чем говорят единичные элементы в виде сосудистых звездочек на кожных покровах?
12. Что такое симптом Ортнера?
13. Дайте заключение по общему анализу крови.
14. Дайте заключение по общему анализу мочи.
15. Как оценить показатель «С-реактивный белок ++»?

Задача 34.

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев.

Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); у отца -

хронический гастродуоденит; у бабушки (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкутор: край печени +1 - 2 см ниже края реберной дуги. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л. Эр - $4x10^{12}$/л; Ц.п. - 0,95, Лейк -$10x10^{9}$ /л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, полная; pH - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з. Эр - нет; желчные пигменты - (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа! - 3%, альфа2 - 12%, бета - 12%, гамма - 18%; АлАТ - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связанный - 12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающие акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назовите этиопатогенетические причины заболевания.
4. Какие анамнестические данные способствовали развитию заболевания?
5. Какой фактор спровоцировал обострение заболевания у ребенка?
6. Прокомментируйте общий анализ крови, помогает ли он в постановке диагноза?
7. Прокомментируйте биохимический анализ крови.
8. Какова информативность УЗИ в постановке диагноза?
9. Нуждается ли ребенок в дополнительных методах исследования и каких?
10. Принципы лечения данного заболевания, включая лечебное питание.
11. Какими специалистами должен наблюдаться больной и на каком этапе?
12. Показания к хирургическому лечению.
13. Какие виды оперативного вмешательства можно рекомендовать?
14. Укажите состав камней в зависимости от возраста.

Задача 35.

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 пилородуоденальной 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: Hb - 130 г/л. Эр - $4,0x10^{12}$/л; Ц.п. - 0,9; Лейк –$6,0x10^{9}$ /л; п/я - 2%, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; pH - 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:

альфа$_1$ - 4%, альфа$_2$ - 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 связанный - 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 50х19 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. 0 чем говорит болезненность в т. Мейо - Робсона?
12. Назовите косвенные признаки геликобактериоза на ЭГДС.
13. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ?
14. Какие отягощяющие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
15. На чем основан дыхательный уреазный тес